




3 1761 12061504 2









Digitized by the Internet Archive  
in 2024 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761120615042>









First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Social Affairs, Science and Technology

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, February 21, 2001

Le mercredi 21 février 2001

Issue No. 1

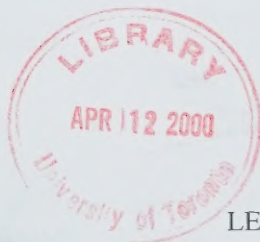
Fascicule n° 1

Organization Meeting

Séance d'organisation

INCLUDING:  
THE FIRST REPORT OF THE  
COMMITTEE (Rule 104)

Y COMPRIS:  
LE PREMIER RAPPORT DU COMITÉ  
(Règlement 104)





THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Graham, P.C.
* Carstairs, P.C.	Johnson
(or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton
Cohen	(or Kinsella)
Cook	Pépin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Graham, c.p.
* Carstairs, c.p.	Johnson
(ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton
Cohen	(ou Kinsella)
Cook	Pépin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, February 21, 2001

(1)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 4:30 p.m., for the purpose of organization, pursuant to rule 88.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cohen, Cook, Cordy, Fairbairn, Johnson, Kirby, LeBreton, Pépin, and Robertson (10).

*Other senator present:* The Honourable Senator Keon (1).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

The Clerk of the Committee presided over the election of the Chair.

It was moved by the Honourable Senator Fairbairn — That the Honourable Senator Kirby be Chairman of this Committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

Senator Kirby was invited by the Clerk of the Committee to take the Chair.

It was moved by the Honourable Senator Cohen — That the Honourable Senator LeBreton be Deputy Chair of this Committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator Cook — That the Subcommittee on Agenda and Procedure be composed of the Chair, the Deputy Chair, and the Honourable Senator Cordy; and that the subcommittee be empowered to make decisions on behalf of the committee with respect to its agenda, to invite witnesses and schedule hearings.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed — That the Subcommittee on Agenda and Procedure invite Senator Keon to consult on matters concerning health issues.

It was moved by the Honourable Senator LeBreton — That the committee print its Proceedings; and that the Chair be authorized to adjust this number to meet demand.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator LeBreton — That pursuant to rule 89, the Chair be authorized to hold meetings, to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator Fairbairn — That pursuant to rule 104, the Chair be authorized to report expenses incurred by the Committee during the last session.

**PROCÈS VERBAL**

OTTAWA, le mercredi 21 février 2001

(1)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 30, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, en vue d'organiser ses travaux conformément à l'article 88 du Règlement.

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cohen, Cook, Cordy, Fairbairn, Johnson, Kirby, LeBreton, Pépin et Robertson (10).

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Keon (1).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire, de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

La greffière du comité préside à l'élection à la présidence.

Il est proposé par l'honorable sénateur Fairbairn — Que l'honorable sénateur Kirby soit président du comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

La greffière du comité invite le sénateur Kirby à prendre place au fauteuil.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cohen — Que l'honorable sénateur LeBreton soit vice-présidente du comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cook — Que le Sous-comité du programme et de la procédure se compose du président, de la vice-présidente et de l'honorable sénateur Cordy; et que le sous-comité soit autorisé à prendre des décisions au nom du comité relativement au programme, à inviter les témoins et à établir l'horaire des audiences.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu — Que le Sous-comité du programme et de la procédure consulte le sénateur Keon sur des questions touchant la santé.

Il est proposé par l'honorable sénateur LeBreton — Que le comité fasse imprimer des exemplaires de ses délibérations et que le président soit autorisé à modifier cette quantité en fonction des besoins.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur LeBreton — Que, conformément à l'article 89 du Règlement, le président soit autorisé à tenir des réunions pour entendre des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Fairbairn — Que, conformément à l'article 104 du Règlement, le président soit autorisé à faire rapport des dépenses faites au cours de la dernière session.



The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator Cohen — That the committee ask the Library of Parliament to assign research officers to the committee; that the Chair be authorized to seek authority from the Senate to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be necessary for the purpose of the committee's examination and consideration of such bills, subject-matters of bills and estimates as are referred to it; that the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to retain the services of such experts as may be required by the work of the committee; and that the Chair, on behalf of the committee, direct the research staff in the preparation of studies, analyses, summaries and draft reports.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator Callbeck — That pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, authority to commit funds be conferred individually on the Chair, the Deputy Chair and the Clerk of the Committee; and that pursuant to section 34 of the Financial Administration Act, and guideline 3:05 of Appendix II of the *Rules of the Senate*, authority for certifying accounts payable by the committee be conferred individually on the Chair, the Deputy Chair, and the clerk of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator Fairbairn — That the committee empower the Subcommittee on Agenda and Procedure to designate, as required, one or more members of the committee and/or such staff as may be necessary to travel on assignment on behalf of the committee; and that the Subcommittee on Agenda and Procedure be authorized to determine whether any member of the Committee is on "official business" for the purposes of paragraph 8(3)(a) of the Senators Attendance Policy, published in the *Journals of the Senate* on Wednesday, June 3, 1998; and consider any member of the committee to be on "official business" if that member is (a) attending a function, event or meeting related to the work of the committee; or (b) making a presentation related to the work of the committee.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator LeBreton — That pursuant to the Senate guidelines for witnesses expenses, the committee may reimburse reasonable travelling and living expenses for one witness from any one organization and payment will take place upon application, but that the Chair be authorized to approve expenses for a second witness should there be exceptional circumstances.

The question being put on the motion, it was adopted.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cohen — Que le comité demande à la Bibliothèque du Parlement d'affecter des attachés de recherche auprès du comité; que le président soit autorisé à demander au Sénat la permission de retenir les services de conseillers juridiques de personnel technique, d'employés de bureau et d'autres personnes au besoin, pour aider le comité à examiner les projets de loi, la teneur de ces derniers et les prévisions budgétaires qui lui sont déferés; que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à faire appel aux services d'experts-conseils dont le comité peut avoir besoin dans le cadre de ses travaux; et que le président, au nom du comité, dirige le personnel de recherche dans la préparation d'études, d'analyses, de résumés et de projets de rapport.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Callbeck — Que conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques, l'autorisation d'engager les fonds du comité soit conférée au président, à la vice-présidente et à la greffière du comité; et que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à la directive 3:05 de l'annexe II du *Règlement du Sénat*, l'autorisation d'approuver les comptes à payer au nom du comité soit conférée individuellement au président, à la vice-présidente et à la greffière du comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Fairbairn — Que le comité autorise le Sous-comité du programme et de la procédure à désigner, au besoin, un ou plusieurs membres du comité, de même que le personnel nécessaire, qui se déplaceront au nom du comité; que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à déterminer si un membre du comité remplit un «engagement public» aux fins de l'alinéa 8(3)a) de la politique relative à la présence des sénateurs, et dans les *Journaux du Sénat* du mercredi 3 juin 1998; et considérer qu'un membre du comité remplit un «engagement public» si ce membre: a) assiste à une réception, à une activité ou à une réunion se rapportant aux travaux du comité; ou b) fait un exposé ayant trait aux travaux du comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur LeBreton — Que, conformément aux lignes directrices concernant les frais de déplacement des témoins, le comité rembourse des dépenses raisonnables de voyage et d'hébergement à un témoin d'un même organisme, après qu'une demande de remboursement a été présentée, mais que le président soit autorisé à permettre le remboursement de dépenses pour un deuxième témoin en cas de circonstances exceptionnelles.

La question, mise aux voix, est adoptée.



It was moved by the Honourable Senator LeBreton — That the Chair be authorized to seek permission from the Senate to permit coverage by electronic media of its public proceedings with the least possible disruption of its hearings; and that the Subcommittee on Agenda and Procedure be empowered to allow such coverage at its discretion.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator Robertson — That the Chair be authorized to seek the following order of reference from the Senate:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the committee shall be authorized to examine:

The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;

The historical development of Canada's health care system;

Health care systems in foreign jurisdictions;

The pressures on and constraints of Canada's health care system; and

The role of the federal government in Canada's health care system;

That the papers and evidence received and taken on the subject and the work accomplished during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by the Honourable Senator Pépin — That the Chair be authorized to seek the following order of reference from the Senate:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the developments since Royal Assent was given during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament to Bill C-6, to support and promote electronic commerce by protecting personal information that is collected, used or disclosed in certain circumstances, by providing for the use of electronic means to communicate or record information or transactions and by amending the Canada Evidence Act, the Statutory Instruments Act and the Statute Revision Act; and

Il est proposé par l'honorable sénateur LeBreton — Que le président soit autorisé à demander au Sénat la permission de diffuser ses délibérations publiques par les médias d'information électronique, de manière à déranger le moins possible ses travaux; et que le Sous-comité du programme et de la procédure soit autorisé à permettre cette diffusion à sa discrétion.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Robertson — Que le président soit autorisé à demander au Sénat l'ordre de renvoi suivant:

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, l'état du système de santé au Canada. Plus particulièrement, que le comité soit autorisé à examiner:

les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de santé au Canada;

l'historique du système de santé au Canada;

les systèmes de santé publics dans d'autres pays;

le système de santé au Canada — pressions et contraintes;

le rôle du gouvernement fédéral dans le système de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question au cours de la deuxième session de la 36<sup>e</sup> législature soient déferés au comité;

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002; et

Que le comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par l'honorable sénateur Pépin — Que le président soit autorisé à demander au Sénat l'ordre de renvoi suivant:

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, les faits nouveaux survenus depuis que la sanction royale a été donnée, au cours de la deuxième session de la trente-sixième législature, au projet de loi C-6, Loi visant à faciliter et à promouvoir le commerce électronique en protégeant les renseignements personnels recueillis, utilisés ou communiqués dans certaines circonstances, en prévoyant l'utilisation de moyens électroniques pour communiquer ou enregistrer de l'information et des transactions et en modifiant la Loi sur la preuve au Canada, la Loi sur les textes réglementaires et la Loi sur la révision des lois; et



That the committee table its final report no later than June 30, 2001.

The question being put on the motion, it was adopted.

The committee discussed future business.

At 4:58 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

*ATTEST:*

Que le comité dépose son rapport final au plus tard le 30 juin 2001.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Le comité discute de ses travaux futurs.

À 16 h 58, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ:*

*La greffière du comité,*

Catherine Piccinin

*Clerk of the Committee*

**REPORT OF THE COMMITTEE**

Thursday, February 22, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

**FIRST REPORT**

Your committee, which was authorized by the Senate to incur expenses for the purpose of its examination and consideration of such legislation and other matters as were referred to it, reports, pursuant to rule 104, that the expenses incurred by the committee during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament are as follow:

With respect to its examination and consideration of legislation:

Professional and Other Services	\$ 1,103.25
Transportation and Communications	nil
All other expenditures	nil
Witness expenses	16,595.07
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 17,698.32</b>

With respect to a special study on the health care system:

Professional and Other Services	8,066.03
Transportation and Communications	770.79
All other expenditures	29.95
Witness expenses	19,454.44
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 28,321.44</b>

With respect to a special study by the Subcommittee to update "Of Life and Death" to examine and report on the developments since the tabling in June 1995 of the final report of the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, entitled "Of Life and Death":

Professional and Other Services	\$ 1,221.50
Transportation and Communications	nil
All other expenditures	380.47
Witness expenses	15,394.98
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 16,996.95</b>

With respect to a special study by the Subcommittee on Veterans Affairs to examine and report on the health care provided to veterans of war and of peacekeeping missions; the implementation of the recommendations made in its previous reports on such matters; and the terms of service, post-discharge benefits and health care of members of the regular and reserve forces as well as members of the RCMP and of civilians who have served in close support of uniformed peacekeepers:

**RAPPORT DU COMITÉ**

Le jeudi 22 février 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

**PREMIER RAPPORT**

Votre Comité, qui a été autorisé par le Sénat à engager des dépenses afin d'étudier les mesures législatives et autres questions qui lui ont été renvoyées, dépose, conformément à l'article 104 du Règlement, le relevé suivant des dépenses qu'il a faites à cette fin au cours de la deuxième session de la trente-sixième législature:

Relativement à son étude des mesures législatives:

Services professionnels et autres	1 103,25 \$
Transports et communications	nul
Tout autres dépenses	nul
Dépenses des témoins	16 595,07
<b>TOTAL</b>	<b>17 698,32 \$</b>

Relativement à une étude spéciale sur le système de santé:

Services professionnels et autres	8 066,03 \$
Transports et communications	770,79
Tout autres dépenses	29,95
Dépenses des témoins	19 454,67
<b>TOTAL</b>	<b>28 321,44 \$</b>

Relativement à une étude spéciale du Sous-comité de mise à jour «De la vie et de la mort» chargé de faire un examen et de présenter un rapport sur les faits nouveaux survenus depuis le dépôt, en juin 1995, du rapport final du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide intitulé «De la vie et de la mort»:

Services professionnels et autres	1 221,50 \$
Transports et communications	nul
Tout autres dépenses	380,47
Dépenses des témoins	15 394,98
<b>TOTAL</b>	<b>16 996,95 \$</b>

Relativement à une étude spéciale du Sous-comité des anciens combattants chargé de faire un examen et de présenter un rapport sur l'examen des soins de santé offerts aux anciens combattants qui ont servi au cours de guerres ou dans le cadre d'opérations de maintien de la paix, les suites données aux recommandations faites dans ses rapports précédents sur ces questions, et les conditions afférentes aux services, prestations et soins de santé offerts, après leur libération, aux membres de l'armée permanente ou de la réserve, ainsi qu'aux membres de la GRC et aux civils ayant servi auprès de casques bleus en uniforme dans des fonctions d'appui rapproché, et à faire un rapport sur ces questions:



Professional and Other Services	nil
Transportation and Communications	nil
All other expenditures	nil
Witness expenses	\$ 766.01
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 766.01</b>

During this session, your committee heard from 119 witnesses, held 31 meetings and issued 11 reports. Your committee examined ten bills, and made two amendments to Bill C-6, to support and promote electronic commerce by protecting personal information that is collected, used or disclosed in certain circumstances, by providing for the use of electronic means to communicate or record information or transactions and by amending the Canada Evidence Act, the Statutory Instruments Act and the Statute Revision Act, and made observations on Bill C-13, to establish the Canadian Institutes of Health Research, to repeal the Medical Research Council Act and to make consequential amendments to other Acts.

Your committee created a Subcommittee on Veterans Affairs to examine and report on the health care provided to veterans of war and of peacekeeping missions, the implementation of the recommendations made in its previous reports on such matters, and the terms of service, post-discharge benefits and health care of members of the regular and reserve forces as well as members of the RCMP and of civilians who have served in close support of uniformed peacekeepers. The subcommittee heard from a total of 4 witnesses over 3 meetings.

Your committee also created a Subcommittee to update "Of Life and Death" to examine and report on the developments since the tabling in June 1995 of the final report of the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, entitled "Of Life and Death." The subcommittee heard from a total of 51 witnesses over 16 meetings. In June 2000, the subcommittee tabled its report, which included 14 recommendations.

Respectfully submitted,

*La vice-présidente,*

MARJORY LEBRETON

*Deputy Chair*

Services professionnels et autres	nul
Transports et communications	nul
Tout autres dépenses	nul
Dépenses des témoins	766,01
<b>TOTAL</b>	<b>766,01 \$</b>

Votre comité a entendu 119 témoins, a tenu 31 réunions et a produit 11 rapports. Votre Comité a examiné dix projets de loi et a fait deux amendements au projet de loi C-6, Loi visant à faciliter et à promouvoir le commerce électronique en protégeant les renseignements personnels recueillis, utilisés ou communiqués dans certaines circonstances, en prévoyant l'utilisation de moyens électroniques pour communiquer ou enregistrer de l'information et des transactions et en modifiant la Loi sur la preuve au Canada, la Loi sur les textes réglementaires et la Loi sur la révision des lois et des observations sur le projet de loi C-13, Loi portant la création des Instituts de recherche en santé du Canada, abrogeant la Loi sur le Conseil de recherches médicales et modifiant d'autres lois en conséquence.

Votre comité a constitué le Sous-comité des anciens combattants afin d'examiner et de présenter un rapport sur les soins de santé offerts aux anciens combattants qui ont servi au cours de guerres ou dans le cadre d'opérations de maintien de la paix, les suites données aux recommandations faites dans ses rapports précédents sur ces questions, et les conditions afférentes aux services, prestations et soins de santé offerts, après leur libération, aux membres de l'armée permanente ou de la réserve, ainsi qu'aux membres de la GRC et aux civils ayant servi auprès de casques bleus en uniforme dans des fonctions d'appui rapproché, et à faire un rapport sur ces questions. Le sous-comité a entendu 4 témoins au cours des 3 réunions.

De plus, votre comité a constitué le Sous-comité de mise à jour «De la vie et de la mort» chargé de faire un examen et de présenter un rapport sur les faits nouveaux survenus depuis le dépôt, en juin 1995, du rapport final du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide intitulé «De la vie et de la mort». Après avoir entendu 51 témoins au cours des 16 réunions, le sous-comité a déposé son rapport en juin 2000 qui comprend 14 recommandations.

Respectueusement soumis,

## EVIDENCE

Ottawa, Wednesday, February 21, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 4:30 p.m. to organize the activities of the committee.

**Ms Catherine Piccinin (Clerk of the Committee):** Honourable senators, I see a quorum. As clerk of the committee, it is my duty to preside over the election of your chairperson. I am ready to take motions to that effect.

**Senator Fairbairn:** I would be pleased to nominate Senator Kirby.

**Ms Piccinin:** It is moved by Senator Fairbairn that Senator Kirby be elected as chair of this committee. Is it your pleasure, honourable senators, to adopt the motion?

**Hon. Senators:** Agreed.

**Ms Piccinin:** I declare Senator Kirby elected and I invite him to take the chair.

**Senator Michael Kirby (Chairman)** in the Chair.

**The Chairman:** The next thing we need is a motion to elect a deputy chair.

**Senator Cohen:** I move that Senator LeBreton be deputy chair.

**The Chairman:** Hearing no other nominations, honourable senators, is it your pleasure to adopt the motion?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Carried. In that case, Senator LeBreton is the deputy chair.

I need a motion to nominate the other member of what we always call the steering committee, although it is technically called the Subcommittee on Agenda and Procedure.

**Senator Cook:** I am pleased to nominate Senator Cordy.

**The Chairman:** There being no other nominations, is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** I remind you that we effectively operated in the previous Parliament with a four-person steering committee, even though that is technically outside the rules. Is it understood that we will continue to operate that way and that, although Senator Keon is not currently a member of the committee, subject to procedural matters, he will remain on the steering committee?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** We need a motion to print the committee's proceedings.

How many copies do we print?

**Ms Piccinin:** In the last session of Parliament, the committee printed 300 copies of its proceedings. That was based on numbers that went to the Depository Services Program and the number of people requesting issues. The motion in the agenda before you is

## TÉMOIGNAGES

Ottawa, le mercredi 21 février 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 16 h 30, pour organiser ses activités.

**Mme Catherine Piccinin (greffière du comité):** Honorables sénateurs, je vois que nous avons le quorum. En tant que greffière du comité, je suis chargée de procéder à l'élection du président. Je suis prête à recevoir des motions à cet effet.

**Le sénateur Fairbairn:** J'aimerais proposer la candidature du sénateur Kirby.

**Mme Piccinin:** Il est proposé par le sénateur Fairbairn que le sénateur Kirby soit le président du comité. Vous plaî-t-il, honorables sénateurs, d'adopter la motion?

**Des voix:** Oui.

**Mme Piccinin:** Je déclare le sénateur Kirby élu, et je l'invite à prendre place au fauteuil.

**Le sénateur Michael Kirby (président)** occupe le fauteuil.

**Le président:** La prochaine motion a trait à l'élection du vice-président.

**Le sénateur Cohen:** Je propose que le sénateur LeBreton soit vice-présidente.

**Le président:** Comme il n'y a pas d'autres propositions, honorables sénateurs, vous plaî-t-il d'adopter la motion?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Adoptée. Le sénateur LeBreton est donc la vice-présidente.

J'aimerais qu'on propose la candidature de l'autre membre de ce que nous appelons toujours le comité de direction, mais dont le nom officiel est Sous-comité du programme et de la procédure.

**Le sénateur Cook:** J'aimerais proposer la candidature du sénateur Cordy.

**Le président:** Comme il n'y a pas d'autres propositions, êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Je vous rappelle que, pendant la dernière législature, notre comité de direction comptait quatre personnes, même si ce n'est pas réglementaire. Est-il convenu que le sénateur Keon continue de faire partie du comité de direction, même s'il n'en est pas membre en bonne et due forme?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Nous devons maintenant proposer une motion pour l'impression des délibérations du comité.

Combien d'exemplaires imprimons-nous?

**Mme Piccinin:** Au cours de la dernière session, le comité a imprimé 300 exemplaires de ses délibérations. Ce chiffre a été établi en fonction du nombre d'exemplaires envoyés au Programme des services de dépôt et aux autres intéressés. La



just to give permission for the committee to print its issues and to authorize the chair to set the number to meet demand.

This gives some flexibility for our printing department, which produces those issues, to be able to reduce or increase as necessary in order to save paper. Considering that all of our proceedings are available on the Internet, this is another way for the Senate and Committees Branch to save money on paper. If there is a need for more issues to be printed on a particular issue in which people are interested, the chair can certainly meet that demand.

**The Chairman:** Motion number 4 does not specify a number. We set the number on an ad hoc basis.

**Senator LeBreton:** I so move

**The Chairman:** Is it agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Motion number 5 is authorization to hold meetings and to print evidence when a quorum is not present. That is a standard motion, is it not?

**Ms Piccinin:** Yes, it is.

**Senator LeBreton:** I so move.

**The Chairman:** Is it agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Carried. Motion number 6 authorizes the chair to report expenses. Can I have a motion to that effect?

**Senator Fairbairn:** I so move.

**The Chairman:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Motion number 7 is to get our researchers back working for us, as well as any others that we need.

Can I have a motion to that effect?

**Senator Cohen:** I so move.

**The Chairman:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Motion number 8 is to commit funds and certify accounts. This authorizes Senator LeBreton and myself to approve the paying of the bills.

**Senator Callbeck:** I so move

**The Chairman:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Motion number 9 authorizes the steering committee to pay for the travel of a member who goes on official business. We did that a couple of times in the last session for conferences. I presume that it also deals with paying the cost of bringing a witness in. Is that correct?

**Ms Piccinin:** No, that falls under the next item.

motion prévue à l'ordre du jour vise simplement à autoriser le comité à faire imprimer ses délibérations et le président à fixer la quantité en fonction des besoins.

Notre service d'imprimerie, qui produit les fascicules, a une certaine latitude pour réduire ou accroître ce nombre, au besoin, afin d'économiser du papier. Le fait que toutes nos délibérations sont accessibles sur Internet permet aussi au Sénat et à la Direction des comités de réduire les coûts du papier. S'il est nécessaire de faire imprimer plus de fascicules parce qu'un sujet suscite un intérêt particulier, le président peut sûrement répondre à la demande.

**Le président:** La motion n° 4 ne précise pas de chiffre. Nous fixons la quantité en fonction des besoins.

**Le sénateur LeBreton:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** La motion n° 5 traite de l'autorisation de tenir des réunions et de l'impression des témoignages en l'absence de quorum. C'est une motion type, n'est-ce pas?

**Mme Piccinin:** Oui.

**Le sénateur LeBreton:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Adoptée. La motion n° 6 autorise le président à faire rapport des dépenses. Peut-on en faire la proposition?

**Le sénateur Fairbairn:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** La motion n° 7 vise à demander les services des attachés de recherche que nous avons et de ceux dont nous pourrions avoir besoin.

Peut-on proposer la motion?

**Le sénateur Cohen:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** La motion n° 8 sert à autoriser l'engagement de fonds et l'approbation des comptes à payer. Elle nous permet, au sénateur LeBreton et à moi, d'approuver le paiement des factures.

**Le sénateur Callbeck:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** La motion n° 9 autorise le comité de direction à payer les frais de déplacement d'un membre qui remplit un engagement public. Nous l'avons fait une ou deux fois pendant la dernière session pour des conférences. Je présume que la motion s'applique aussi au paiement des frais de déplacement des témoins, n'est-ce pas?

**Mme Piccinin:** Non. Il y a une autre motion à ce sujet.

**The Chairman:** Motion number 9 simply deals with the steering committee authorizing the travel expenses of members of the committee attending official committee business, or a designated official.

Can I have a motion to that effect?

**Senator Fairbairn:** I so move.

**The Chairman:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Motion number 10 is essentially the same thing with respect to witnesses. Am I correct that witnesses on legislation are paid for out of a different pocket?

**Ms Piccinin:** Witness expenses on either special studies or legislation are paid for from a central budget in the committees directorate. There is no cost incurred by the committee's own budget. There is a common pot for all committees. This is just authorization to pay for the expenses for one witness and to authorize an extra witness if there are exceptional circumstances. It comes from the budget of the committees directorate, not of the individual committee.

**The Chairman:** Do I have a motion to that effect?

**Senator LeBreton:** I so move.

**The Chairman:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Motion number 11 provides that the motion that will go to the Senate will include the provision to allow us, at the discretion of the committee, not the Senate, to authorize, among other things, electronic coverage which, translated, usually means CPAC. You will recall that we had a number of CPAC sessions last time. That is a routine motion.

Can I have a motion to that effect?

**Senator LeBreton:** I so move.

**The Chairman:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** That leads us to the time slot for our regular meetings. In the previous parliamentary session, we had two time slots. One was from 3:30 until whenever on Wednesdays, because we sometimes had long sessions. The other was from 11:00 until 2:00 on Thursdays.

Have we been assigned those same time slots again?

**Ms Piccinin:** Yes.

**The Chairman:** That does not require a motion. The time slot has not changed.

Under "Other Business" I have three or four quick items. The first is to ask us to adopt the same order of reference we had the last time vis-à-vis the health care study. Tomorrow, Senator LeBreton and I would propose to move the same terms of reference with one slight change. It said last time that the

**Le président:** La motion n° 9 autorise uniquement le comité de direction à payer les frais de déplacement des membres du comité qui représentent le comité ou assistent à une activité liée à ses travaux.

Peut-on en faire la proposition?

**Le sénateur Fairbairn:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** La motion n° 10 traite essentiellement du même sujet, mais pour les témoins. Les dépenses des témoins qui comparaissent au sujet des projets de loi ne sont-elles pas payées par quelqu'un d'autre?

**Mme Piccinin:** Les dépenses des témoins, qu'ils viennent discuter d'une étude spéciale ou d'un projet de loi, sont payées à partir d'un budget central prévu à cette fin à la Direction des comités. Ces dépenses ne sont pas imputées au budget du comité. Il y a une caisse commune pour tous les comités. Cette motion vise à autoriser le paiement des dépenses d'un témoin et de celles d'un deuxième témoin dans des circonstances exceptionnelles. Ces frais sont imputés au budget de la Direction des comités, et non pas à celui de chacun des comités.

**Le président:** Peut-on en faire la proposition?

**Le sénateur LeBreton:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** La motion n° 11 qui sera présentée au Sénat propose de nous autoriser, à la discrétion du comité, et non pas à celle du Sénat, à diffuser nos délibérations par les médias d'information électronique, ce qui veut dire la Chaîne parlementaire. Vous vous souviendrez que nous avons un numéro CPAC au cours de la dernière législature. C'est une motion de routine.

Peut-on en faire la proposition?

**Le sénateur LeBreton:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Nous en sommes à l'horaire de nos séances régulières. Pendant la dernière session, nous avons deux cases horaires. La première le mercredi, à 15 h 30 jusqu'à épuisement de l'ordre du jour, parce que les séances pouvaient se prolonger, et la deuxième le jeudi, de 11 heures à 14 heures.

Gardons-nous le même horaire?

**Mme Piccinin:** Oui.

**Le président:** Nous n'avons pas besoin de proposer de motion puisque l'horaire ne change pas.

À la rubrique «Autres travaux», il y a trois ou quatre brefs sujets à examiner. D'abord, il faut faire adopter l'ordre de renvoi que nous avons à la session précédente pour notre étude de l'état du système de santé. Demain, le sénateur LeBreton et moi-même allons proposer le même mandat, en y apportant un léger



committee would submit its report no later than June 30, 2001, and that needs to be changed to June 30, 2002.

There has been no change in this. This is exactly what we put through the Senate last time. We will talk in a few minutes about the detailed work plan, but to simplify logistics we should go with the same general broad-based terms of reference as we had last time.

Could I have a motion to that effect?

**Senator Robertson:** I so move.

**The Chairman:** Is everyone in favour of that?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** The second matter is to adopt an order of reference for a follow-up on Bill C-6. To remind you about that, Bill C-6 was the privacy bill that this committee considered about a year and a half ago. You will recall that this committee amended the bill. When the bill was presented to the committee, it bill had a one-year delay on it; that is to say, the bill did not go into effect until a year after its proclamation. This committee amended the bill so that its application to the health care sector did not go into effect until two years after proclamation. The two years is up at the end of the current calendar year; that is to say, the bill went into effect on January 1, 2001 pertaining to every sector of the economy other than the health care sector.

Several of you, in particular Senator Murray, who was heavily involved in that issue, although he was not technically a member of the committee, have said that it would be important for us to understand what has actually transpired and what progress is being made by the health care sector in resolving the many problems that were put before us. We had said that, while we do not technically have any authority to force a change, our purpose was to keep the pressure on the government on one side and the health care industry on the other to come up with a solution that worked for the privacy policy on one side and the health care industry on the other.

A couple of you have said to me privately that you think it would be useful to have a public session to get up to date on where the matter stands, thereby keeping the pressure on the various interested parties to work out a solution. It is my understanding that some progress is being made, although perhaps not as rapidly as would be required if the matter is to be dealt with before the end of the year.

That is the background. The order of reference effectively just summarizes what I said without talking about putting pressure on people. It just talks about finding out where we stand.

The idea is to have one session to hear from the government officials on where it stands. We would hear from the key medical players who are concerned about it, and generally try to ensure that some progress is being made to solve the problem.

**Senator LeBreton:** Did we not specifically say that we would do that?

changement. Dans le dernier ordre de renvoi, le comité devait présenter son rapport au plus tard le 30 juin 2001, et il faut reporter cette date au 30 juin 2002.

Le reste est inchangé. C'est exactement ce que nous avons présenté au Sénat la dernière fois. Nous allons parler dans quelques minutes du plan de travail détaillé, mais pour simplifier les choses, nous devrions conserver le même mandat général que la dernière fois.

Peut-on en faire la proposition?

**Le sénateur Robertson:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Êtes-vous tous en faveur?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Ensuite, il faut adopter l'ordre de renvoi nous autorisant à examiner les faits nouveaux survenus depuis l'adoption du projet de loi C-6 qui, je vous le rappelle, était le projet de loi sur la protection des renseignements personnels que le comité a étudié il y a environ un an et demi. Vous vous souviendrez que le comité a amendé le projet de loi. Quand le comité en a été saisi, le projet de loi devait entrer en vigueur un an après avoir été promulgué. Nous l'avons amendé pour qu'il n'entre en vigueur, dans le cas des soins de santé, que deux ans après sa promulgation. Ce délai de deux ans se termine à la fin de la présente année civile, c'est-à-dire que le projet de loi est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001 pour tous les autres secteurs de l'économie, sauf celui des soins de santé.

Plusieurs d'entre vous, et en particulier le sénateur Murray, qui s'est intéressé de près à ce dossier même s'il ne faisait pas partie du comité, ont signalé qu'il serait important pour nous de savoir ce qui a été fait dans le système des soins de santé pour régler les nombreux problèmes qui nous avaient été exposés. En principe, nous n'avons pas le pouvoir d'exiger des changements, mais nous voulions continuer de pousser le gouvernement, d'une part, et le milieu de la santé, d'autre part, à trouver une solution satisfaisante à la fois pour la protection des renseignements personnels et le système de soins de santé.

Quelques-uns parmi vous m'ont dit en privé qu'il serait utile de tenir une séance publique pour savoir où en est le dossier, de façon à continuer d'inciter les intéressés à trouver une solution. Je crois comprendre que les choses bougent, mais peut-être pas aussi rapidement qu'il le faudrait, si la question doit être réglée d'ici la fin de l'année.

Voilà la situation. L'ordre de renvoi résume en fait ce que je viens de dire, sauf pour ce qui des pressions à exercer sur les intéressés. Il indique seulement que nous voulons savoir où nous en sommes.

On envisage de tenir une séance à laquelle on inviterait des représentants du gouvernement à nous expliquer où en est le dossier. Nous entendrions le témoignage de responsables médicaux intéressés à la question, de façon à essayer de confirmer qu'on cherche à trouver une solution.

**Le sénateur LeBreton:** N'avons-nous pas précisément indiqué que c'est ce que nous voulions faire?

**The Chairman:** I think we did. Frankly, I had forgotten about it until Senator Murray asked me where we stood, and I said that we should do such a session. I know that he is interested in it. Senator Finestone came in on bits and pieces of that.

You are right. We certainly said that we would watch it.

**Senator LeBreton:** I have a sense that there were two issues, the one we are presently discussing and the issue of the impact of divorce on children. We will have that coming back as well.

**The Chairman:** Yes, the child support guidelines. That was when Senator Murray was chairing. I will get us a history on that in order that we will know where that stands.

In the meantime, can we have a motion to do this?

**Senator Pépin:** I so move.

**The Chairman:** Is that agreed?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** Does anyone feel the need to go *in camera* to discuss the draft report? We will not deal with the substance of it, only the process.

Let me remind you, with regard to volume 1 of the report, that when the committee met in October and we went through the document we agreed that it needed some editing. You delegated to our four-person steering committee the authority to produce a final version, which we were in the process of doing and getting translated when the writ was issued.

The result is that the first report, which is essentially a historical background as to how we got to where we are, was never tabled. We will distribute that report to you today and I hope that when we meet next Wednesday we will agree to adopt the report, because, as I say, if the election had not intervened we would have tabled it. Nevertheless, since there have been a couple of changes on the committee, I would like to give everyone a chance to read it.

We propose to adopt that on the 28th and also to adopt a motion that would, I gather, allow us to read into the record of the committee in this session all the evidence that we took in the last session. I am not sure why we need to do that, but I am told that procedurally we must. It would allow us to make a seamless web from the first into the second.

I do not know that we need any detailed discussion on that until people have had a chance to read it. We would propose to table it shortly after it is through the committee. We will table it after the break. That is where that stands. We will not make decisions today but rather at our meeting next week.

While the clerk circulates that document, let me remind you that phase two of the study is the piece that deals with the trends that will impact on the system — particularly costs. The clerk is now circulating to you a draft work plan for that session. This essentially takes the place of our original terms of reference and

**Le président:** Je pense que oui. À vrai dire, je l'avais oublié jusqu'à ce que le sénateur Murray me demande où en était le dossier, et c'est alors que j'ai proposé de tenir une séance là-dessus. Je sais que cela l'intéresse. Le sénateur Finestone a aussi suivi un peu l'affaire.

Vous avez raison, nous avons sûrement dit que nous allions suivre la situation.

**Le sénateur LeBreton:** J'ai le sentiment qu'il y avait deux dossiers, celui dont nous discutons actuellement et celui sur l'impact du divorce sur les enfants. Il faudra revenir là-dessus aussi.

**Le président:** Oui, les lignes directrices sur les pensions alimentaires pour enfants. C'était quand le sénateur Murray était président. Je vais me renseigner sur l'état de la question pour que nous sachions où en sont les choses.

Dans l'intervalle, pouvons-nous proposer la motion à ce sujet?

**Le sénateur Pépin:** J'en fais la proposition.

**Le président:** Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Jugez-vous nécessaire de siéger à huis clos pour discuter du projet de rapport? Nous n'allons pas parler de sa teneur, seulement du processus.

À titre de rappel, quand nous nous sommes réunis en octobre pour examiner le volume 1 du rapport, nous avons convenu qu'il fallait qu'il soit révisé. Vous aviez alors confié à notre comité de direction de quatre personnes la tâche de produire la version finale, ce que nous étions en train de faire avec la traduction, quand les élections ont été déclenchées.

Par conséquent, le premier rapport, qui donne essentiellement un aperçu historique de la situation, n'a jamais été déposé. Nous allons vous distribuer le rapport aujourd'hui, et j'espère qu'à notre réunion de mercredi prochain nous conviendrons de l'adopter parce que, comme je l'ai dit, nous l'aurions déposé s'il n'y avait pas eu d'élections. Étant donné qu'il y a quelques nouveaux membres au sein du comité, j'aimerais donner à tous l'occasion de le lire.

Nous proposons de l'adopter le 28 et d'adopter la motion qui nous autoriserait, je pense, à inclure dans les délibérations du comité de la session en cours tous les témoignages que nous avons entendus au cours de la dernière session. Je ne sais trop pourquoi nous devons faire cela, mais on m'a dit que c'est nécessaire pour des questions de procédure. De cette façon, il n'y aurait pas d'interruption entre les deux parties de l'étude.

Je ne crois pas que nous ayons à en discuter en détail avant que les membres aient eu l'occasion de le lire. Nous pourrions le déposer peu après que le comité en aura disposé. Nous le déposerons après le congé. Voilà la situation. Nous en déciderons non pas aujourd'hui mais à notre réunion de la semaine prochaine.

Pendant que la greffière distribue le document, je vous rappelle que la deuxième étape de notre étude traite de ce qui aura une incidence sur le système, surtout les coûts. La greffière vous distribue maintenant le plan de travail proposé pour la session. Il remplace notre mandat original et l'explique en détail. Il a été



expands it into how it would actually be covered. This has been worked on by the staff and has been looked at in various and sundry forums by members of the steering committee. I would ask you to take it home and look at it so that next week we can talk about it.

We would hope to do phases two and three together. Phase three is the international comparative piece. You will remember that we agreed that one of the things we needed to understand was how health care is organized in a limited number of other countries. The steering committee, with input from the policy officials in Health Canada, developed a series of countries. I believe that they were Australia, the U.S., the U.K., Sweden and Germany.

Am I right?

**Mr. Howard Chodos (Researcher, Library of Parliament):** They are Australia, United States, Sweden, New Zealand and Netherlands.

**The Chairman:** I was modestly close. It turns out that there is no definitive comparative study, so we worked out a set of terms of reference for such a study and persuaded Health Canada to fund it. The study is being done for the committee. Let me be very clear on that. We developed a system in which the study comes to us. They do not have any control over it. We worked out a set of terms of reference that is useful to them and to us. We went over them in some detail with the members of the steering committee, in particular, Senator Keon and myself. The original target for the completion of the study was the end of February; it is now the end of March. Our hope is that following Easter we could have a series of hearings on that to get some reaction to it.

Once we have read about how a country operates, we will do a video conference with health care experts from that country. In that regard, I will ask you to respond to a note that the clerk will send to you. When we did international teleconferences on the Banking Committee, we found that you have to do them outside your normal working hours because time changes make it impossible to do otherwise. I propose that we duplicate what the Banking Committee did. That is to say, there would be three or four times when we would need to take a day — for example, either a Monday or a Friday — when, typically with time changes, we can hear from a couple of groups in the course of a day. None of this will happen until after Easter, but I would like to hear from you individually, through your response to the clerk, the answer to the following: If we were to pick a day of the week, is it better that it be Monday or Friday? I think you will probably say Monday.

**Hon. Senators:** Monday.

**The Chairman:** Is it Monday for everyone? All right.

Second, would you look at your calendars beginning after the Easter break, which is around April 18 or 19, and tell me what Mondays you are available from then until we recess in the summer or in the middle of June? Tell the clerk what Mondays you are free and we will then look at it. It is roughly a two-month period from the end of the Easter break until Parliament recesses.

préparé par le personnel, et il a été examiné à diverses occasions par les membres du comité de direction. Je vous demanderais d'y jeter un coup d'oeil pour que nous puissions en discuter la semaine prochaine.

Nous voudrions regrouper les phases deux et trois. La phase trois est l'étude comparative avec d'autres pays. Vous vous rappellerez que nous avons jugé nécessaire de comprendre comment les systèmes de soins de santé fonctionnent dans certains autres pays. Le comité de direction a choisi une série de pays avec l'aide des responsables de la politique à Santé Canada. Je crois que les pays retenus sont l'Australie, les États-Unis, le Royaume-Uni, la Suède et l'Allemagne.

Est-ce exact?

**M. Howard Chodos (attaché de recherche, Bibliothèque du Parlement):** Il s'agit de l'Australie, des États-Unis, de la Suède, de la Nouvelle-Zélande et des Pays-Bas.

**Le président:** Je ne m'étais pas trop trompé. On a constaté qu'il n'y avait pas d'étude comparative officielle, et nous avons donc établi les paramètres d'une étude à ce sujet ainsi que convaincu Santé Canada de la financer. L'étude est faite pour le comité. Je tiens à être clair. Il a été prévu que l'étude nous soit remise. Le ministère n'en aura pas le contrôle. Nous avons établi des paramètres utiles pour eux et pour nous. Les membres du comité de direction les ont examinés en détail, en particulier le sénateur Keon et moi-même. Au début, l'étude devait être terminée à la fin de février, mais l'échéance a été reportée à la fin mars. Après Pâques, nous espérons pouvoir tenir une série d'audiences pour recueillir des réactions sur l'étude.

Quand nous nous serons documentés sur la façon dont les choses fonctionnent dans un pays, nous organiserons une vidéoconférence avec des spécialistes des soins de santé de ce pays. À cet égard, je vais vous demander de répondre à une note que la greffière va vous envoyer. Quand le Comité des banques a organisé des téléconférences avec d'autres pays, il a fallu qu'elles aient lieu à l'extérieur des heures normales de travail à cause du changement de fuseau horaire. Je propose que nous fassions la même chose que le Comité des banques. Ainsi, à trois ou quatre reprises, il faudrait choisir une journée — par exemple le lundi ou le vendredi — pour entendre quelques groupes à des heures tenant compte du changement de fuseau horaire. Cela ne se fera pas avant Pâques, mais j'aimerais que chacun d'entre vous me dise s'il préfère que ce soit le lundi ou le vendredi, et c'est la question que la greffière va vous poser. Je pense que ce sera probablement le lundi.

**Des voix:** Lundi.

**Le président:** Est-ce que lundi convient à tout le monde? Très bien.

Ensuite, pourriez-vous me dire quels sont les lundis après Pâques, c'est-à-dire à partir du 18 ou du 19 avril, où vous seriez libres d'ici les vacances d'été ou la mi-juin? Je vous prierais de signaler à la greffière quels lundis vous êtes libres et nous allons examiner la situation. Il y a à peu près deux mois entre le retour du congé de Pâques et le congé d'été. Nous aurons probablement

We will need to use probably three or four Mondays in that stretch. I need to know what Mondays work best for people on that.

Finally, I sent you an outline of phase four, which is the piece that we would hope to put out around Thanksgiving. It will form the basis for a cross-country set of public hearings next fall and into the winter. I want to discuss that in some detail next week, so I ask you to read that carefully. If we were in the academic world, we would call this a research plan. We spent a lot of time on it. We went through many drafts with many people, including steering committee members and other policy experts. This is a document that says that what we will put out in the fall will outline a series of policy questions that need to be answered and provide a bunch of options, which will be derived in part from the results of the first three reports.

We should not underestimate the fact that simply asking the questions is provocative. It seems there are certain questions that you are not supposed to ask in this business. That is not a good reason for not asking them, but I do not want anyone to be under any illusions that our conclusions will be contained in the fifth and final report. The fourth report, merely by asking the questions, will provoke commentary.

The reason for spending a fair bit of time and trying to write that outline is so that we can all agree on where we are going. That is the critical question. The document that I sent you, which outlines the fourth report, has the full support of the old steering committee. I do want you to think about it. I am happy to talk about it next week, but it is important that we have a roadmap as to where we are going. Those are the main things.

Do we know of any bills that are coming to us in the next little while?

**Ms. Piccinin:** We have already received Bill S-14, the bill to establish Sir John A. Macdonald and Sir Wilfrid Laurier Day.

**Senator LeBreton:** Why did we get that?

**The Chairman:** I was not there to say no. Is that the problem? Why did we get that?

**Ms Piccinin:** We have it.

**Senator LeBreton:** We have it already.

**Ms Piccinin:** I believe the motion was adopted in the chamber yesterday.

**The Chairman:** We will get to it some time. Do we have anything else? Do we have any other government bills that we know about?

**Ms Piccinin:** There is no government legislation but there is the possibility of two other private members bills being referred to us. In the last session of Parliament, the committee received Senator Finestone's bill dealing with privacy. There is a possibility that her bill may come back. Also, Senator Milne's bill dealing

besoin de trois ou quatre lundis pendant cette période. Je veux savoir quels sont les lundis qui vous conviendraient le mieux.

En dernier lieu, je vous ai envoyé un survol de la phase quatre, que nous espérons sortir aux environs de l'Action de grâces. Cela servira de fondement à une série d'audiences publiques nationales l'automne et l'hiver prochains. Comme je souhaite en discuter en détail la semaine prochaine, je vous demanderais de lire ce document attentivement. Si nous étions en milieu universitaire, nous appellerions cela un plan de recherche. Nous y avons consacré énormément de temps. Nous avons élaboré de nombreuses ébauches en faisant appel à un grand nombre de personnes, y compris les membres du comité directeur et d'autres experts en matière de politique. On y explique qu'à l'automne, nous soumettrons un document comportant les grandes lignes de multiples questions de politique auxquelles une réponse s'impose et nous fournirons une liste d'options découlant en partie des résultats des trois premiers rapports.

Il ne faut pas sous-estimer que le simple fait de poser ces questions est provocateur. Il semble qu'il y ait certaines questions qu'on n'est pas censé poser dans ce domaine. Ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas les poser, mais je ne voudrais pas que vous ayez quelque illusion de retrouver nos conclusions dans le cinquième et dernier rapport. Le quatrième rapport, celui où nous nous bornerons à poser les questions, provoquera sans aucun doute de multiples commentaires.

Si nous consacrons passablement de temps à la rédaction de ces principes directeurs, c'est afin de nous entendre sur notre démarche. Cela est crucial. Le document que je vous envoie, qui trace les grandes lignes du quatrième rapport, a reçu l'appui unanime de l'ancien comité directeur. Je vous demande d'y réfléchir. J'ouvrirai volontiers la discussion à ce sujet la semaine prochaine, mais il est important que nous ayons une idée claire de notre parcours. C'est le principal point.

Savons-nous si des projets de loi nous seront soumis d'ici peu?

**Mme Piccinin:** Nous avons déjà reçu le projet de loi S-14, visant à créer la journée sir John A. Macdonald et sir Wilfrid Laurier.

**Le sénateur LeBreton:** Pourquoi avons-nous reçu cela?

**Le président:** Je n'étais pas là pour dire non. Est-ce là le problème? Pourquoi avons-nous reçu cela?

**Mme Piccinin:** Nous l'avons.

**Le sénateur LeBreton:** Nous l'avons déjà.

**Mme Piccinin:** Je crois que la motion a été adoptée à la Chambre hier.

**Le président:** Nous nous y attaquerons à un moment donné. Y a-t-il autre chose? Y a-t-il d'autres projets de loi gouvernementaux, à ce qu'on sache?

**Mme Piccinin:** Il n'y a pas de projet de loi émanant du gouvernement, mais il est possible que nous soient renvoyés deux autres projets de loi d'initiative parlementaire. Au cours de la dernière session du Parlement, le comité a reçu le projet de loi du sénateur Finestone concernant le respect de la vie privée. Il est



with statistics and census is still in the Senate at second reading. The committee had received that in the last session of Parliament. There is a possibility that it may be referred here, too.

**The Chairman:** Has Senator Grafstein reintroduced the poet Laureate bill again?

**Ms Piccinin:** It passed.

**The Chairman:** It is gone. You do not know of any government legislation coming to us, though?

**Ms Piccinin:** Not so far.

**The Chairman:** There is none on the Order Paper?

**Ms Piccinin:** The only one that may be reintroduced is the one dealing with refugee legislation. That was in the House of Commons in the last session.

**The Chairman:** Why does that come here instead of to the Legal and Constitutional Affairs Committee?

**Ms Piccinin:** It has not been reintroduced yet, but immigration does fall within the committee's realm.

**The Chairman:** All right. The answer at this point is that we do not have anything. We will focus on the health care study.

When we meet next Wednesday, if anyone has comments on the draft report let us know. I hope that, if you do, they are relatively limited since we have already had it translated. We really need a discussion on the work program for phase two. I know I have said that the steering committee signed off on this, but it is important that we are all comfortable with the document that I sent to you related to the phase four outline, which is the research outline for the study. There is nothing worse than getting into a situation of unanticipated comment, and I think we can anticipate this quite clearly.

**Senator LeBreton:** On a point of clarification, for phases two and three, you said you would like to study them together. Is it "study" them together or "report" them together?

**The Chairman:** I really meant study them together. We may at some time, for example, on a Monday, hear from witnesses together, but there is no need report them simultaneously.

Does anyone wish to make any other comments? If not, then we will adjourn.

The committee adjourned.

possible que son projet de loi revienne sur le tapis. En outre, le projet de loi du sénateur Milne qui porte sur le recensement et les statistiques est encore au Sénat à l'étape de la deuxième lecture. Le comité l'avait reçu au cours de la dernière session. Il est possible qu'il nous soit aussi renvoyé.

**Le président:** Le sénateur Grafstein a-t-il représenté son projet de loi concernant le poète lauréat?

**Mme Piccinin:** Il a été adopté.

**Le président:** Il est parti. Vous ne savez pas s'il y a d'autres mesures gouvernementales dont nous serons saisis?

**Mme Piccinin:** Pas jusqu'à maintenant.

**Le président:** Il n'y en a pas au *Feuilleton*?

**Mme Piccinin:** Le seul projet de loi qui risque d'être représenté est celui qui porte sur les réfugiés. Il était à la Chambre des communes à la dernière session.

**Le président:** Pourquoi serait-il soumis à notre comité plutôt qu'au Comité des affaires juridiques et constitutionnelles?

**Mme Piccinin:** Il n'a pas encore été représenté, mais l'immigration relève du comité.

**Le président:** D'accord. Autrement dit, à ce stade-ci, il n'y a rien. Nous allons donc nous en tenir à l'étude sur les soins de santé.

Lorsque nous nous rencontrerons mercredi prochain, ceux qui auraient des commentaires au sujet de l'ébauche de rapport devraient nous les communiquer. Si vous en avez, j'espère qu'ils seront relativement limités étant donné que le document a déjà été traduit. Il faut vraiment que nous discutons de notre programme de travail pour la phase deux. Je sais que j'ai dit que le comité directeur avait donné son aval, mais il est important que nous soyons tous à l'aise avec le document que je vous ai envoyé concernant le survol de la phase quatre, c'est-à-dire les grandes lignes de la recherche pour l'étude. Il n'y a rien de pire que de se retrouver face à une réaction non anticipée. Je pense que nous pouvons assurer une bonne anticipation.

**Le sénateur LeBreton:** J'aimerais obtenir une précision. Au sujet des phases deux et trois, vous avez dit que vous souhaitiez qu'on les étudie ensemble. S'agit-il de les «étudier» ensemble ou «de faire rapport» sur les deux ensembles?

**Le président:** Je voulais dire les étudier ensemble. À un moment donné, par exemple, un lundi, il se peut que nous entendions des témoins sur les deux, mais il n'est pas nécessaire de présenter un rapport simultanément.

Quelqu'un veut-il intervenir? Sinon, nous allons ajourner.

La séance est levée.













*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

26  
51

Document  
Publication



~~First~~  
~~Second~~ Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

## Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Thursday, March 15, 2001  
Wednesday, March 21, 2001

---

Issue No. 2

**First and second meetings on:**  
The state of the health care system in Canada

---

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2001

SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le jeudi 15 mars 2001  
Le mercredi 21 mars 2001

---

Fascicule n° 2

**Première et deuxième réunions concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

---

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



## THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Hubley
* Carstairs, P.C.	Johnson
(or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton
Cohen	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Graham, P.C.	Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Change in membership of the committee:*

Pursuant to Rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Morin substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*March 14, 2001*).

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Morin (*March 15, 2001*).

The name of the Honourable Senator Morin substituted for that of the Honourable Senator Pépin. (*March 16, 2001*)

The name of the Honourable Senator Rompkey substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn (*March 20, 2001*).

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Morin (*March 21, 2001*).

The name of the Honourable Senator Morin substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*March 21, 2001*).

The name of the Honourable Senator Fairbairn substituted for that of the Honourable Senator Rompkey (*March 22, 2001*).

The name of the Honourable Senator Hubley substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn (*March 22, 2001*).

## LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Hubley
* Carstairs, c.p.	Johnson
(ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton
Cohen	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Graham, c.p.	Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 14 mars 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 15 mars 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 16 mars 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Rompkey est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn (*le 20 mars 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 21 mars 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 21 mars 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn est substitué à celui de l'honorable sénateur Rompkey (*le 22 mars 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Hubley est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn (*le 22 mars 2001*).

**ORDER OF REFERENCE**

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, March 1, 2001:

The Honourable Senator LeBreton moved, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

- (a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;
- (b) The historical development of Canada's health care system;
- (c) Health care systems in foreign jurisdictions;
- (d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and
- (e) The role of the federal government in Canada's health care system;

That the papers and evidence received and taken on the subject and the work accomplished during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate.

The question being put on the motion, it was adopted.

**ORDRE DE RENVOI**

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001:

L'honorable sénateur LeBreton propose, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella.

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner:

- a) Les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé au Canada;
- b) L'historique du système de soins de santé au Canada;
- c) Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;
- d) Le système de soins de santé au Canada — pressions et contraintes;
- e) Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déferés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002; et

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Paul Bélisle

*Clerk of the Senate*



## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, March 15, 2001

(2)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day *in camera*, in Room 705, Victoria Building, at 11:09 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Graham, P.C., Kirby, Morin, and Roche (8).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* Interpreters: Carole Chénier, Martin Rochon and Nicholas Irving; Pages: Melanie Bratkoski, Josh Watt and Jason Pearman; Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk and Debbie Pizzoferrato, Administrative Assistant; from the Office of Senator M. Kirby, Jeanne Pratt; from the Office of Senator L. Pépin, Momar Diagne; from the Office of Senator J.M. Cordy, Jamie MacNeil, and from Messenger Services, Sylvain Labelle.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee began its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada.

It was agreed — That the draft report on Phase One be adopted and that the Chair be authorized to table the report once it has been printed.

It was agreed — That the committee adopt its workplan for Phase II of its study.

It was agreed — That the committee adopt its workplan for Phase IV of its study.

It was moved by Senator Fairbairn — That, pursuant to Rule 94, committee members disclose the existence, source, and nature, but not the value, of their private financial interests, whether held directly or indirectly, in respect of the committee's order of reference relating to the state of the health care system, which the committee was authorized by the Senate to study on March 1, 2001; and

That members be required to file the disclosure of private financial interests with the Clerk of the Committee by April 26, 2001, after which date members who have not filed such a disclosure shall, in accordance with Rule 94(7) be deemed to have declared that they have no private financial interests related to this order of reference; and

That, in accordance with Rule 94(7), future members of the committee be required to complete this declaration within 30 days of being added to the membership of the committee; and

That members be authorized, in accordance with Rule 94(5), to file with the Clerk of the Committee from time to time an update to this disclosure.

## PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le jeudi 15 mars 2001

(2)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à huis clos, à 11 h 09, dans la pièce 705 de l'édifice de Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Graham, c.p., Kirby, Morin et Roche (8).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Interprètes: Carole Chénier, Martin Rochon et Nicholas Irving; Pages: Melanie Bratkoski, Josh Watt et Jason Pearman; Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, greffière législative et Debbie Pizzoferrato, adjointe administrative; du Bureau du sénateur M. Kirby, Jeanne Pratt; du Bureau du sénateur L. Pépin, Momar Diagne; du Bureau du sénateur J.M. Cordy, Jamie MacNeil et du Service des messagers, Sylvain Labelle.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité entreprend son étude spéciale sur l'état du système des soins de santé au Canada.

Il est convenu — Que l'ébauche de rapport sur l'étape I soit adoptée et que le président soit autorisé à déposer le rapport une fois qu'il aura été imprimé.

Il est convenu — Que le comité adopte son plan de travail de l'étape II de son étude.

Il est convenu — Que le comité adopte son plan de travail de l'étape IV de son étude.

Il est proposé par le sénateur Fairbairn — Que, conformément à l'article 94, les membres du comité déclarent l'existence, la source et la nature, mais non la valeur, des intérêts financiers privés qu'ils possèdent directement ou indirectement relativement à l'étude sur l'état du système de soins de santé dont le comité a été chargé par ordre de renvoi en date du 1<sup>er</sup> mars 2001; et

Que les membres soient tenus de remettre une déclaration de leurs intérêts financiers privés au greffier du comité au plus tard le 26 avril 2001, après quoi les membres qui ne produisent pas de déclaration conformément au paragraphe 94(7) seront réputés avoir déclaré qu'ils n'ont pas d'intérêts financiers privés liés à l'ordre de renvoi; et

Que, conformément au paragraphe 94(7), les nouveaux membres du comité soient tenus de produire cette déclaration dans les 30 jours suivant leur nomination au comité; et

Que les membres soient autorisés, conformément au paragraphe 94(5) à remettre au greffier du comité lorsqu'il y aura lieu une mise à jour de cette déclaration.

That, the Clerk be authorized to provide copies of disclosures by facsimile or post to the public upon request.

The question being put on the motion, it was adopted.

The Chairman presented to the committee two options for a draft budget for the special study on the health care system. The first draft budget reflected travel for public hearings with 12 senators over 18 days. The second draft budget reflected travel for public hearings with 7 senators over 15 days.

After debate,

It was agreed — That the second draft budget was a preferred option for the committee if it were possible for some members to use their points to travel for the public hearings.

It was agreed — That the committee concur in the following budget applications for the purpose of its consideration of the state of the health care system in Canada and that the Chair, after consultation with the Deputy Chair, be authorized to submit the said budget options to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration for its consideration:

#### Option A

Professional and Special Services	\$ 102,844.00
Transportation and Communications	\$ 307,444.00
Other Expenditures	<u>\$ 13,000.00</u>
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 423,288.00</b>

#### Option B

Professional and Special Services	\$ 87,031.00
Transportation and Communications	\$ 197,244.00
Other Expenditures	<u>\$ 13,000.00</u>
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 297,275.00</b>

The committee discussed future business.

It was moved by Senator Callbeck — That the committee concur in the following budget application for the purpose of its consideration of such bills, subject matters of bills and estimates referred to it, and that the Chair submit the said budget to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration for approval:

Professional and Special Services	\$ 7,500.00
Transportation and Communications	5,500.00
Other Expenditures	<u>500.00</u>
<b>TOTAL</b>	<b>\$13,500.00</b>

The question being put on the motion, it was adopted.

Que le greffier soit autorisé à fournir par télécopieur, au public, des copies des déclarations ou à les faire parvenir par courrier, sur demande.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Le président présente au comité deux options d'ébauche de budget pour l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. La première ébauche de budget tient compte des déplacements pour les audiences publiques à raison de 12 sénateurs pendant 18 jours. La deuxième ébauche de budget tient compte des déplacements pour les audiences publiques à raison de 7 sénateurs pendant 15 jours.

Après discussion,

Il est convenu — Que le comité optait pour la deuxième ébauche de budget s'il était possible d'autoriser certains membres à utiliser leurs points pour voyager aux fins des audiences publiques.

Il est convenu — Que le comité adopte les demandes d'autorisation de budget suivantes pour son étude de l'état des soins de santé au Canada et que le président, après consultation avec le vice-président, soit autorisé à soumettre lesdites demandes budgétaires au Comité permanent de la régie interne des budgets et de l'administration:

#### Option A

Services professionnels et autres	102 844 \$
Transports et communications	307 444 \$
Autres dépenses	<u>13 000 \$</u>
<b>TOTAL</b>	<b>423 288 \$</b>

#### Option B

Services professionnels et autres	87 031 \$
Transports et communications	197 244 \$
Autres dépenses	<u>13 000 \$</u>
<b>TOTAL</b>	<b>297 275 \$</b>

Le comité discute de ses travaux futurs.

Il est proposé par le sénateur Callbeck — Que le comité adopte les demandes d'autorisation de budget suivantes pour son étude des projets de loi, de la teneur de ces derniers et des prévisions budgétaires qui s'y rapportent, et que le président soumette ledit budget au Comité permanent de la régie interne des budgets de l'administration:

Services professionnels et autres	7 500 \$
Transports et communications	5 500 \$
Autres dépenses	<u>500 \$</u>
<b>TOTAL</b>	<b>13 500 \$</b>

La question mise aux voix, est adoptée.



It was moved by the Honourable Senator Cordy — That the committee authorize the Chair to seek \$1,000.00 in Emergency Funds for the purpose of its consideration of the state of the health care system.

The question being put on the motion, it was adopted.

At 11:50 a.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Wednesday, March 21, 2001

(3)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 3:45 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cohen, Cook, Cordy, Graham, P.C., Kirby, LeBreton, Morin, Roche and Rompkey, P.C. (10).

*Other senators present:* The Honourable Senators Keon and Tunney (2).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos; from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Therien, Legislative Clerk.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada.

WITNESSES:

*From Statistics Canada:*

Réjean Lachapelle, Director, Demography Division;

Jean-Marie Berthelot, Manager, Health Analysis and Modeling Group, Social and Economic Studies Division;

Brian Murphy, Senior Research Analyst, Socio-Economic Modeling Group.

*From the Canadian Institute of Actuaries:*

David Oakden, President;

Rob Brown, Member of Task Force on Health Care Financing;

Daryl Leech, Chair, Committee on Health Care.

*From the National Advisory Council on Aging:*

Dr. Michael Gordon, Member.

*From the Conference Board of Canada:*

James G. Frank, Ph.D., Chief Economist and Vice-President;

Glenn Brimacombe, Director of Health Program.

Il est proposé par l'honorable sénatrice Cordy — Que le comité autorise le greffier à demander 1 000 \$ de fonds d'urgence pour l'étude sur l'état du système de soins de santé au Canada.

La question, mise aux voix est adoptée.

À 11 h 50, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mercredi 21 mars 2001

(3)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 45 dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cohen, Cook, Cordy, Graham, c.p., Kirby, LeBreton, Morin, Roche et Rompkey, c.p. (10).

*Autres sénateurs présents:* Les honorables sénateurs Keon et Tunney (2).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités et de la législation privée, Josée Therien, greffière législative.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale portant sur l'état du système de soins de santé au Canada.

TÉMOINS:

*De Statistique Canada:*

Réjean Lachapelle, directeur, Direction de la démographie;

Jean-Marie Berthelot, chef, Groupe d'analystes et de modélisation de la santé, Division des études sociales et économiques; et

Brian Murphy, analyste principal de recherche, Groupe de modélisation socio-économique.

*De l'Institut canadien des actuaires:*

David Oakden, président;

Rob Brown, membre de la Commission d'étude sur le financement des soins de santé;

Daryl Leech, président, Comité des soins de santé.

*Du Conseil consultatif national sur le troisième âge:*

M. Michael Gordon, membre.

*Du Conference Board du Canada:*

James G. Frank, Ph.D., économiste en chef et vice-président;

Glenn Brimacombe, directeur du programme sur la santé.

The Chair made a statement.

Mr. Lachapelle made a statement. Mr. Berthelot made a statement. Mr. Oakden made a statement. Mr. Brown made a statement. The witnesses, together with Mr. Leech and Mr. Murphy answered questions.

The Chair made a statement.

Mr. Frank made a statement. Dr. Gordon made a statement. The witnesses, together with Mr. Brimacombe, answered questions.

At 6:14 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le président fait une déclaration.

M. Lachapelle fait une déclaration. M. Berthelot fait une déclaration. M. Oakden fait une déclaration. M. Brown fait une déclaration. Les témoins, avec l'aide de M. Leech et de M. Murphy, répondent aux questions.

Le président fait une déclaration.

M. Frank fait une déclaration. M. Gordon fait une déclaration. Les témoins, avec l'aide de M. Brimacombe, répondent aux questions.

À 18 h 14, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

*La greffière du comité,*

Catherine Piccinin

*Clerk of the Committee*



## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 21, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:45 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, I see a quorum. Since we have several witnesses and are a few minutes late, we should get started. Before we do, may I say a welcome to the students from the Forum for Young Canadians, who are observing the work of the committee. They are here on a week-long study of Parliament and government. I do not know why, but when I hear of people studying Parliament and government, I am reminded of a line from when I was appearing often on television with Hugh Segal, who was a Conservative member of a political panel. His wonderful line was that the Canadian Constitution promises the people peace, order and good government, and when the Liberals are in government you at least get two out of three. That was his opening line whenever we got into a debate.

Senators, we are here today to continue our study of the health care system, with a particular focus for the next couple of months on the factors that are increasing health care costs.

We have two sets of witnesses this afternoon. The first witnesses are from Statistics Canada and the Canadian Institute of Actuaries. The actuaries' organization has the acronym CIA, which will be interesting when it appears in our transcript. They will talk about the changing demography of the country. One hears frequently that the aging population is driving up health care costs. We want to understand today how serious that is and what the implications are for health care financing.

Our second set of witnesses is from the National Advisory Council on Aging and the Conference Board of Canada. The conference board is in the process of doing a lengthy study on the economics of the health care sector, and I think you will find their presentations interesting.

Let us begin then with the people from StatsCan. Thank you for taking the time to come.

**Mr. Rejean Lachapelle, Director, Demography Division, Statistics Canada:** Honourable senators, thank you for inviting us to appear before you.

At this time, we will only address some of the issues that you will be considering in your study of the health care system. We thought it was important to focus our attention on population changes, specifically, on the aging of the population. We will also look briefly at two other subjects — the health of seniors, and the

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 21 mars 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 45 pour examiner la situation du système de santé au Canada.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Nous avons quelques minutes de retard et comme plusieurs témoins sont déjà là et que nous avons le quorum, je pense que nous devrions commencer. Avant cela, je veux souhaiter la bienvenue aux élèves du Forum pour les jeunes Canadiens, qui sont venus observer le travail de notre comité. Ils vont passer une semaine à étudier le Parlement et le gouvernement. Je ne sais pas pourquoi, mais chaque fois que j'entends dire que quelqu'un étudie le Parlement et le gouvernement, je ne peux m'empêcher de me rappeler ce qu'avait l'habitude de dire Hugh Segal, qui représentait le Parti conservateur dans une émission de télévision que nous faisons ensemble. Il disait que la constitution canadienne promettait au peuple la paix, l'ordre et le bon gouvernement et qu'avec les libéraux au pouvoir, on en avait au moins un des trois. C'est par ces mots qu'il commençait tous nos débats.

Chers collègues, nous allons poursuivre l'étude du système de santé en nous consacrant plus particulièrement, au cours des deux prochains mois, aux facteurs responsables de l'augmentation du coût des soins de santé.

Nous recevrons deux groupes de témoins cet après-midi. Le premier est composé de représentants de Statistique Canada et de l'Institut canadien des actuaires. Le sigle de cette organisation en anglais est CIA, ce qui va être intéressant à lire dans nos procès-verbaux. Ces gens-là vont nous entretenir des changements démographiques constatés au Canada. On entend souvent dire que le vieillissement de la population fait grimper les coûts de la santé. Aujourd'hui, nous allons essayer de nous faire une idée de la gravité de ce phénomène et de ses répercussions sur le financement des soins de santé.

Notre deuxième groupe de témoins sera constitué du Conseil consultatif national sur le troisième âge et du Conference Board du Canada. Le Conference board est en train d'effectuer une vaste étude sur les aspects économiques du secteur des soins de santé et j'ai l'impression que nous allons trouver sa présentation très intéressante.

Commençons donc par les gens de Statistique Canada. Merci d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer.

**M. Réjean Lachapelle, directeur, Direction de la démographie, Statistique Canada:** Honorables sénateurs, merci de votre invitation.

Nous n'aborderons ici qu'une partie des enjeux que vous serez amenés à considérer dans votre étude du système de soins de santé. Il nous est apparu important de nous concentrer sur les changements démographiques, en particulier sur le vieillissement de la population. De plus, nous examinerons sommairement deux

ability of Canadian society to meet the needs of an aging population.

Population aging corresponds to a faster rate of growth in the number of seniors, or, stated otherwise, an increase in the proportion of seniors. This is not a new phenomenon in developed countries. In Canada, the proportion of individuals aged 65 and over grew from 5 per cent in 1921 to 8 per cent in 1951.

At the time, this increase was incorrectly attributed to a decrease in mortality. In fact, the aging of the population was due, rather, to a reduction in fertility. The number of young people was growing more slowly than the population of seniors. During this period from 1921 to 1951, the decrease in mortality contributed to a reduction in population aging, since it applied mostly to children.

Last week, we released a population projection report of which you have received a copy. That presents a range of scenarios concerning future changes in the country's population. All of them entail significant population aging.

According to the medium growth scenario, the proportion of the population aged 65 years and over should continue to grow steadily until 2010, when it will reach 14 per cent. Thereafter, the change should accelerate as the baby boomers cross the 65-year mark between 2011 and 2031.

At the end of this period, the proportion of individuals aged 65 years and over should reach 24 per cent. Over the next 20 years, that is from 2031 to 2051, this quantity should grow by only 2 percentage points, reaching about 25 per cent in 2051, which is very close to the asymptotic proportion of 25.6 per cent. This ceiling is strictly a result of the scenario's assumptions and is independent of initial conditions.

[Translation]

At the 2025 or 2030 horizon, the findings in terms of the age composition from the medium-growth scenario are quite robust, on condition, of course, that they are taken as orders of magnitude. This is attributable to the primary role played by the age distribution of the population at the outset, especially the relative weight of the baby boom generation. The assumptions about future changes in demographic components of growth can only lead to slight variations, for instance in terms of the proportion of the population aged 65 and over. In 2031, this varies between 22.7 per cent in the high-growth scenario and 24.2 per cent in the low-growth scenario.

Population aging affects not only the population as a whole but also the population of seniors. We observed an increase in the population of people aged 85 and over in the senior population. It showed an increase from 8 per cent in 1971 to 11 per cent in 2000 and 14 per cent in 2011. Over the course of the following 15 years, population aging will fall somewhat with the arrival of the baby boomers into the 65-84 age group; as a result, the proportion of very old people will fall to 12 per cent by 2026. It

autres sujets: la santé des personnes âgées et la capacité de la société canadienne de subvenir aux besoins d'une population vieillissante.

Le vieillissement de la population correspond à un rythme d'accroissement plus du nombre de personnes âgées ou, ce qui est équivalent, à une augmentation de la proportion que représente la population âgée. Le phénomène n'est pas nouveau dans les pays développés. Ainsi, au Canada, la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus est passée de 5 p. 100 en 1921 à 8 p. 100 en 1951.

À l'époque, on attribuait à tort cette augmentation à la baisse de la mortalité. En fait, le vieillissement de la population découlait plutôt de la réduction de la fécondité: le nombre de jeunes s'accroissait plus lentement que la population âgée. Quant à la baisse de la mortalité, elle contribuait à atténuer le vieillissement, puisque au cours de cette période elle touchait surtout les enfants.

La semaine dernière, nous avons diffusé nos projections démographiques, dont vous devriez avoir reçu copie. Elle propose une gamme de scénarios touchant l'évolution future de la population du pays. Tous les scénarios aboutissent à un vieillissement démographique important.

Selon le scénario moyen, la proportion que représente la population de 65 ans et plus devrait poursuivre sa hausse régulière jusque vers 2010 où elle atteindrait 14 p. 100. Par la suite, l'évolution devrait s'accélérer avec le franchissement du cap des 65 ans par les baby-boomers, de 2011 à 2031.

À la fin de la période, en 2031, la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus atteindrait 24 p. 100. Dans les vingt années suivantes, cette grandeur ne progresserait que de 2 points, pour atteindre 25 p. 100 en 2051, ce qui est très proche de la proportion limite, soit 25,6 p. 100. Cette proportion limite découle uniquement des hypothèses du scénario et ne dépend pas des conditions initiales.

[Français]

À l'horizon de 2025 ou de 2030, les résultats du scénario moyen relatifs à la composition par âge sont assez robustes à condition, bien entendu, de les considérer comme étant des ordres de grandeur. Cela s'explique par le rôle prépondérant qu'y joue la répartition par âge de la population au point de départ, en particulier le poids relatif de la génération du baby-boom. Les hypothèses touchant l'évolution future des phénomènes démographiques ne peuvent donc provoquer que de légères variations sur, par exemple, la proportion que représente la population de 65 ans et plus. En 2031, suivant les variations introduites dans nos hypothèses, cette proportion pourrait s'échelonner de 22,7 à 24,2 p. 100.

Le vieillissement démographique affecte non seulement l'ensemble de la population, mais aussi la population âgée. On relève en effet une hausse de la proportion des personnes âgées de 85 ans ou plus dans la population des 65 ans et plus. Elle passe de 8 p. 100 en 1971 à 11 p. 100 en l'an 2000 et à 14 p. 100 en 2011. Au cours des 15 années suivantes, le vieillissement de la population âgée diminue quelque peu cependant à cause de l'arrivée des baby-boomers dans le groupe des 65 à 84 ans: la



will then increase reaching 21 per cent in 2051, at which time the remaining baby boomers will all have reached at least 85 years of age.

Our analysis of the past and future changes in population aging depend on an implicit assumption, which is that of the invariance of the age defining the lower limit of the population of seniors. We adopted 65 years of age, which is the age after which Canadians are entitled, under certain conditions, to old age security. Until a few decades ago, this was also the mean retirement age. Since then this age has tended to decline. Consequently, the figures presented probably underestimate the proportion of the population that has passed the mean retirement age. Conversely, life expectancy at 65 years of age has increased during the past 100 years: from 11 years in 1901 to 16 years in 1996 for men and from 12 to 20 years over this same period for women. This raises the possibility that the old age threshold, which is the age associated with the onset of dependency as a result of a weakening in physiological functions, has probably increased over the years. This would mean a slowdown in the growth of the population aging if we were to take it into account. For a better understanding of the situation, it will be necessary to describe the health status of the elderly population.

**Mr. Jean-Marie Berthelot, Manager, Health Analysis and Modeling Group, Social and Economic Studies Division, Statistics Canada:** If the trends over the past twenty years persist, there should be no deterioration in the health of Canadian seniors. However, given the aging of the population, there will likely be an increase in needs. Nonetheless, given the probable improvement in health, this increase may not be as large as estimated solely on the basis of demographic projections.

In 1996, approximately 95 per cent of seniors aged 65 and over lived at home and 5 per cent lived in long-term care facilities. Seniors living at home were, on average, 10 years younger than those living in long-term care facilities.

In 1996-1997, almost 80 per cent of all seniors aged 65 and over indicated that their health was excellent, very good or good, and approximately 70 per cent indicated they had no prolonged activity limitation.

Between 1986 and 1996, years of dependence-free life expectancy at age 65 increased significantly, from 12.0 to 12.7 and from 12.7 to 13.5 for men and women respectively. By contrast, there was little change in life expectancy with dependence. Thus, the proportion of dependence-free lives increased.

Since the study of factors associated with aging is quite broad, we will concentrate on the determinants of the loss of autonomy for seniors. It has been determined that the key factors associated with the loss of autonomy are: age, being female, low income, low level of education, tobacco consumption, physical inactivity and suffering from certain chronic illnesses.

proportion des personnes très âgées chute donc à 12 p. 100 en 2026. Elle augmente par la suite jusqu'à atteindre 21 p. 100 en 2051, les baby-boomers qui subsistent ayant alors tous 85 ans ou plus.

Notre analyse de l'évolution passée et future du vieillissement de la population repose sur une hypothèse implicite, celle de l'invariance de l'âge qui définit la borne inférieure de la population âgée. On a adopté 65 ans, âge à partir duquel les Canadiens et les Canadiennes ont droit, à certaines conditions, aux prestations de la sécurité de la vieillesse. C'était aussi il y a encore quelques décennies l'âge moyen de la retraite. Et depuis, cet âge a eu tendance à diminuer. Il s'ensuit que les chiffres présentés sous-estiment sans doute la proportion de la population qui a dépassé l'âge moyen à la retraite. À l'inverse, l'espérance de vie à 65 ans a progressé au cours du siècle, de 11 ans en 1901, à 16 ans en 1996 chez les hommes et chez les femmes de 12 ans à 20 ans au cours de la même période. Cela donne à penser que le seuil de la vieillesse, c'est-à-dire l'âge de l'affaiblissement des fonctions physiologiques conduisant à la dépendance, aurait progressé au fil du temps, tendance qui atténuerait, si on en tenait compte, la hausse du vieillissement de la population. Pour mieux cerner la situation, il convient d'examiner les conditions de santé de la population âgée.

**M. Jean-Marie Berthelot, chef, groupe d'analyse et de modélisation de la santé, division des études sociales et économiques, Statistique Canada:** Concernant la santé des personnes âgées, si les tendances des 20 dernières années se maintiennent, la santé des Canadiens et des Canadiennes âgés ne devrait pas se détériorer. Par contre, en raison du vieillissement démographique, on peut s'attendre à une augmentation des besoins. Toutefois, en raison de l'amélioration probable de l'état de santé, cette augmentation pourrait être moins grande que ce qui est estimé en utilisant uniquement des projections démographiques.

En 1996, environ 95 p. 100 des personnes âgées de 65 ans ou plus vivaient à domicile et 5 p. 100 en établissement de soins de longue durée. Les personnes âgées vivant à domicile étaient en moyenne 10 ans plus jeunes que celles vivant en établissement de soins de santé de longue durée.

En 1996-1997, près de 80 p. 100 des personnes âgées de 65 ans et plus ont indiqué avoir une santé excellente, très bonne ou bonne et près de 70 p. 100 ont déclaré n'avoir aucune limitation prolongée des activités.

Entre 1986 et 1996, l'espérance de vie sans dépendance à 65 ans a augmenté significativement, passant de 12 à 12,7 années et de 12,7 à 13,5 années pour les hommes et les femmes respectivement. Quant à l'espérance de vie avec dépendance, elle a peu varié. En conséquence, la proportion des années vécues sans dépendance a augmenté.

L'étude des facteurs associés au vieillissement étant très vaste, nous nous concentrons sur les déterminants de la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Il a été déterminé que les principaux facteurs associés à la perte d'autonomie sont l'âge, le fait d'être une femme, un faible revenu, un faible niveau d'éducation, la consommation de tabac, l'inactivité physique et le fait d'être atteint de certaines maladies chroniques.



Disability-free life expectancy for Canadians currently aged 45 years varies considerably depending upon their lifestyle. For instance, for male smokers, years of life expectancy and disability-free life expectancy at age 45 are 28.1 and 17.8 respectively, compared with 35.5 and 24.8 for non-smokers.

Regarding the determinants of health, it has been noted that the current generation of 45 to 64 year olds has a higher level of education, has smoked less and is comprised of more individuals with employment income (mainly because of higher labour market participation by women) than the previous generations.

In addition, the health of the current generation of 45 to 64 year olds is better than that of the same category twenty years ago. Since then, there has been a decrease in the prevalence of arthritis and rheumatism, high blood pressure, heart disease, bronchitis and emphysema, as well as activity limitation. However, there has been an increase in asthma and diabetes. Over the past twenty years, with a few exceptions, the direction in the trends observed in terms of chronic health problems and activity limitations has been the same among men and women.

[English]

The future ability of Canadian society to meet the needs of an aging population depends on the needs of seniors, on service delivery methods, and on the financial capacity of society as a whole. It is impossible to predict future changes in all of these factors. However, projections and simulations can be done on the basis of a different set of assumptions. In addition, it is possible to compare our current situation with that in other countries with older populations.

When comparing the proportion of persons aged 65 years and over and health care expenditures as a proportion of gross domestic product for industrialized countries, no association between the two variables is found. There is a graph illustrating this in the appendix to our presentation. For instance, the United States spends close to 14 per cent of its GDP on health care, but the proportion of seniors in its population is less than 13 per cent. Sweden spends less than 9 per cent of its GDP on health care, even though its proportion of seniors is 17 per cent.

In addition, the life expectancy of Swedes at 65 years of age is higher than that of Americans, for both men and women. According to some studies, cost increases in the Canadian health care system over the last 30 years have been mainly due to unit cost increases, and not to aging.

Upon retirement, the baby boom generation will likely have access to a variety of income sources and greater financial capacity. Participation by women in the labour market, by generation, has been increasing steadily since the 1920s and appears to have stabilized for women born in the 1960s.

Nous avons observé que l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité pour les Canadiens et les Canadiennes présentement âgées de 45 ans varient considérablement en fonction de leurs habitudes de vie. Par exemple, pour les hommes fumeurs, l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité à 45 ans est de 28,1 et de 17,8 années respectivement, comparativement à 35,5 et 24,8 années pour les non-fumeurs.

En ce qui a trait aux déterminants de la santé, on note que la génération actuelle des 45 à 64 ans a un niveau d'éducation plus élevé, a moins fumé et compte une proportion plus élevée de personnes ayant des revenus d'emploi (principalement grâce à la plus grande participation au marché du travail des femmes) que les générations précédentes.

De plus, l'état de santé de la génération actuelle des 45 à 64 ans est meilleur que celui d'il y a 20 ans. La prévalence de l'arthrite et des rhumatismes, de l'hypertension, des maladies cardiaques, de la bronchite et de l'emphysème, ainsi que la limitation des activités a diminué d'une génération à l'autre. On note toutefois une augmentation de l'asthme et du diabète. Au cours des 20 dernières années, à quelques exceptions près, la direction des tendances observées a été la même pour les hommes et pour les femmes, tant pour les problèmes de santé chronique que pour la limitation des activités.

[Traduction]

La capacité future de la société canadienne à subvenir aux besoins d'une population vieillissante dépend à la fois des besoins des personnes âgées, du mode de prestation des services et de la capacité financière de l'ensemble de la société. Il est impossible de prédire l'évolution future de tous ces facteurs. Toutefois, il est possible, en utilisant différentes hypothèses, de faire des projections et des simulations. Il est aussi possible de comparer notre situation actuelle avec celles d'autres pays ayant une population plus âgée.

Lorsque l'on compare la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus et les dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) pour les pays industrialisés, on ne note aucune association entre les deux variables. Par exemple, les États-Unis dépensent près de 14 p. 100 de leur PIB en soins de santé, mais ont moins de 13 p. 100 de citoyens âgés, tandis que la Suède dépense moins de 9 p. 100 de son PIB en soins de santé, alors qu'elle a 17 p. 100 de citoyens âgés.

De plus, l'espérance de vie à 65 ans des Suédois est supérieure à celle des Américains, autant pour les hommes que pour les femmes. Selon certaines études, l'augmentation, au Canada, des coûts du système de soins de santé au cours des 30 dernières années est principalement due à l'accroissement du coût unitaire et non au vieillissement démographique.

La génération du baby-boom pourrait bénéficier à sa retraite d'une diversité de revenus et d'une capacité financière accrue. La participation des femmes au marché du travail, par génération, a été en augmentation constante depuis celles qui sont nées dans les années 20 et semble s'être stabilisée dans les générations nées au cours des années soixante.

There will, therefore, be a greater proportion of seniors in the future who will be able to draw on the Canada Pension Plan or the Quebec Pension Plan. However, participation in private registered pension plans by employed individuals has fallen since 1983 among men, decreasing from 52 per cent to 42 per cent. It has increased among women, rising from 36 per cent to 39 per cent.

Retirees are increasingly relying on their pension income and on their personal savings. In 1971, income from the Canada Pension Plan and the Quebec Pension Plan, as well as private pension plans, accounted for only 14 per cent of the total income of women aged 65 to 69 and 19 per cent for men in the same age category. In 1997, the corresponding figures were 36 per cent and 46 per cent respectively.

The aging of the population will certainly lead to an increase in the proportion of seniors and a reduction in the proportion of children in society, but also to a change in income sources for governments. A 1997 study by Wolfson and Murphy dealt with aging in a comprehensive manner, simultaneously taking into account changing needs in terms of services and cash transfers and changes in tax revenues based on different projection scenarios. This study concluded that population aging was but one of the significant determinants. For instance, by 2036, the effect of an assumed increase in unit costs for health care and educational services that is 1 per cent higher than the increase in salaries will be as significant as the aging of the population in terms of the tax burden. A 1 per cent average increase in productivity would significantly increase tax revenues and provide an opportunity to cover the costs of aging, the increase in unit costs, and even generate a tax surplus. This study also suggested that the tax contribution of seniors will increase, and that they will assume a significant portion of public expenditures associated with aging.

We thank you and will be pleased to answer your questions.

**The Chairman:** Since we prefer to ask questions of the panel as a whole, I ask Mr. Oakden, who is the President of the Canadian Institute of Actuaries, to proceed.

**Mr. David Oakden, President, Canadian Institute of Actuaries:** I will begin, and then Mr. Brown will deliver the bulk of the presentation. Professor Brown is past president of the Canadian Institute of Actuaries and has written many papers on the significance of an aging population and its impact on health care and pension funds. Also joining me are two members of our committee on health care practice: Mr. Leach, who is the chairman, and Mr. Ferguson, who is a member of the committee.

Also, we have a presentation of slides that you can follow. We have provided you with a hard copy, if you would like to take some notes.

Il y aura donc, dans l'avenir, une plus grande proportion de la population âgée qui pourra bénéficier du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec. La participation à des régimes privés de pension agréés par les salariés a toutefois diminué depuis 1983 chez les hommes, chutant de 52 p. 100 à 42 p. 100, mais a augmenté chez les femmes, passant de 36 p. 100 à 39 p. 100.

Les retraités misent de plus en plus sur leur revenu de retraite et sur leur épargne personnelle. En 1971, le revenu provenant du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec ainsi que des régimes privés ne représentait que 14 p. 100 du revenu total des femmes de 65 à 69 ans et 19 p. 100 de celui des hommes du même groupe d'âge. En 1997, les chiffres correspondants atteignaient respectivement 36 p. 100 et 46 p. 100.

Le vieillissement démographique résultera, certes, en une augmentation de la proportion de personnes âgées, en une réduction de la proportion d'enfants dans la société, mais aussi en une variation des sources de revenus pour les gouvernements. Une étude réalisée par Wolfson et Murphy en 1997 traite du vieillissement de façon globale, en tenant compte simultanément de l'évolution des besoins, sous forme de services ou de transferts monétaires, et de l'évolution des revenus fiscaux, dans différents scénarios de projection. Cette étude conclut que le vieillissement démographique n'est qu'un des déterminants importants. Par exemple, une augmentation hypothétique des coûts unitaires pour les services de santé et d'éducation à un taux annuel de 1 p. 100 supérieur à l'augmentation des salaires aura un effet aussi important que le vieillissement démographique d'ici 2036. Une augmentation moyenne de la productivité de 1 p. 100 accroîtrait les revenus fiscaux de façon significative et permettrait de financer le vieillissement, l'augmentation des coûts unitaires et même de dégager un surplus fiscal. De plus, cette étude indique que la contribution fiscale des personnes âgées va, elle aussi, augmenter, et qu'une partie importante des dépenses publiques associées au vieillissement sera assumée par les personnes âgées elles-mêmes.

Nous vous remercions de votre attention, et nous serons heureux de répondre à vos questions.

**Le président:** Comme nous préférons poser des questions à tous les témoins, à la fin, nous allons entendre M. Oakden, président de l'Institut canadien des actuaires.

**M. David Oakden, président, Institut canadien des actuaires:** Je vais commencer et M. Brown vous présentera ensuite l'essentiel de notre exposé. Le professeur Brown, président sortant de l'Institut, a signé de nombreux articles sur l'importance du vieillissement de la population et de son effet sur les soins de santé et les fonds de retraite. Je suis accompagné de deux membres du Comité sur les pratiques en soins de santé: M. Leach, qui en est le président, et M. Ferguson qui en est un des membres.

Par ailleurs, nous allons nous appuyer sur des transparents dont nous vous avons fait remettre des versions imprimées sur lesquelles vous pourrez prendre des notes.



As this quote here shows, medicare funding is indeed a complex subject. I hope our presentation here today does not do what the quotation says. Our intention is to shed some light on areas where further research is required. I would now like to comment briefly on the main findings in our report.

The first is that aging is but one factor driving the increase in health care costs, and in fact is not the most important. Other factors include the development of new drugs, technologies and procedures, along with the rising expectations of Canadians.

The interrelationships between these cost factors need to be clearly understood in order to properly evaluate the various solutions for saving medicare.

The second finding is that the absence of appropriate cost data makes it very difficult to do meaningful, long-term projections of medicare costs. We have to do a better job of generating more meaningful data, as you cannot manage what you cannot measure.

Third, we believe that the problems with medicare lie more with the design of the program than with the lack of funding. There will be no solution to the cost problem until there is a fundamental change in the attitudes and behaviours of Canadians. This change in attitude can be achieved using mechanisms that exist in most of the other industrialized countries. These include user fees, copayments, and deductibles.

Fourth, about one-third of all current health care costs in Canada are funded by private sources. Unless government spending increases significantly, which we think is unlikely, the private sector will continue to play an important role. I think the work of this committee is an excellent opportunity to determine the optimal mix of services and funding between the public and private sectors.

In addition, the public sector can also learn from the techniques used to control costs in the private sector. One recent example is "telephone triage," which was introduced by the private sector and is now used by several provinces in controlling costs.

Fifth, as the system is currently structured, the workforce pays for the health benefits of the elderly. In general, those under 65 pay for the health costs of those over 65. Before members of the baby boomer generation retire, it may be appropriate for them to pre-fund some of their benefits, both to maintain intergenerational equity and to stabilize the potential increase in the burden of health care costs on the working population.

Comme l'indique cette citation, le financement de l'assurance-maladie est effectivement très complexe. J'espère qu'on n'en dira pas autant de notre exposé. Notre intention est de jeter un peu de lumière sur les aspects qui nécessitent davantage de recherches. Je vais maintenant brièvement vous commenter les principales constatations de notre rapport.

Nous avons d'abord constaté que le vieillissement contribue effectivement à l'augmentation des coûts des soins de santé, mais ce n'est pas le plus important facteur à ce chapitre, puisqu'on retrouve le développement de médicaments, de technologies et de procédures médicales, ainsi qu'un niveau d'attente plus élevé chez les Canadiennes et les Canadiens.

Il faut bien comprendre les liens existant entre ces divers facteurs de coûts pour être en mesure d'évaluer les différentes solutions susceptibles de nous permettre de sauver l'assurance-maladie.

Nous avons, par ailleurs, constaté qu'à cause de l'absence de données valables sur les coûts, il est très difficile de se livrer à des prévisions à long terme à propos des coûts de l'assurance-maladie. Il faudra donc produire des données plus utiles, parce qu'il est impossible de gérer ce qu'on ne peut pas mesurer.

Troisièmement, nous croyons que le problème de l'assurance-maladie réside davantage dans la façon dont le programme est conçu qu'à un manque de fonds. Nous n'arriverons pas à résoudre le problème des coûts tant que nous ne changerons pas, en profondeur, l'attitude et les comportements des Canadiens. Nous pourrions y parvenir en reprenant les mêmes mécanismes que ceux adoptés par la plupart des pays industrialisés, notamment en appliquant les tickets modérateurs, les quotes-parts et les franchises.

Quatrièmement, un tiers environ de tous les coûts associés aux soins de santé au Canada sont financés par le privé. À moins que le gouvernement augmente considérablement ses dépenses dans ce domaine, ce que nous pensons peu probable, il faut s'attendre à ce que le secteur privé continue de jouer un rôle très important. Je crois que ce comité est une excellente occasion de déterminer la répartition idéale de services et de financement entre le secteur public et le secteur privé.

En outre, le secteur public pourrait toujours s'inspirer des techniques de contrôle des coûts en vigueur dans le secteur privé. On songera, à cet égard, à un exemple récent, celui du «triage par téléphone», qui a été adopté par le secteur privé et qui est maintenant utilisé dans plusieurs provinces pour maîtriser les coûts.

Cinquièmement, à la façon dont le système est actuellement structuré, c'est la population active qui paie pour les frais de santé des personnes âgées. En général, ce sont les personnes de moins de 65 ans qui paient pour leurs aînés. Avant que les baby-boomers ne prennent leur retraite, ils devront peut-être financer d'avance une partie des prestations qu'ils utiliseront par la suite, à la fois pour maintenir l'équité entre les générations et pour stabiliser le fardeau que les coûts de soins de santé pourrait faire peser sur la population active.



Our final point is, given that the size of the liability for publicly funded health care is comparable to that for the CPP and QPP, we think it is important to perform annual or periodic reviews of the costs of medicare.

I now ask Mr. Brown to expand on some of our comments on population aging.

**Mr. Rob Brown, Professor, University of Waterloo, and Canadian Institute of Actuaries:** My purpose today is to focus on aging population. You will find that many of our comments are completely in agreement with those of Statistics Canada, and that should not be a surprise. I will begin by showing you that Canada, while it has an aging population, is still one of the younger countries in the world. Many of the industrialized nations of Europe are far ahead of us in terms of the percentage of the population aged 65 and over. If we use that definition of population aging, the true impact of the demographic shift as the baby boom generation heads into years of heavier use would still be 15 to 20 years out. Thus, we can learn much by looking at these other industrialized nations.

Now, as Statistics Canada pointed out, there is absolutely no correlation between the age of a population and the percentage of its GNP spent on health care. We can see, as was pointed out, that the United States is a young population, but spends a disproportionate amount of its gross national product on health care. Sweden is much older, but is able to run a system that is more economical in terms of requiring shifts from gross national product to health care financing.

This slide begins to indicate that population aging is not the causal force and not the driving force.

In this slide you can see the increase in health care expenditures versus the increase in the aged population. Again, you can see that there is not necessarily any correlation between the increase in the age of the population and increases in health care expenditures. These other countries have other mechanisms for controlling the cost. The literature tells us that high-tech equipment, drug utilization, and the level of service that we provide to the population are more important cost factors. We have a problem in that respect because we are situated next to the United States, and their system is by far the most costly in the world. However, they provide any level of new, high-tech care that a person is willing to pay for, even if it has not really been proven effective.

We will then get pressure from our citizens to live up to the expectations created in the United States without expending 14 per cent and 15 per cent of GNP.

Étant donné que les soins de santé financés par les deniers publics se comparent, en importance, à ceux assumés par le RPC et le RRQ, nous estimons important d'examiner annuellement ou périodiquement les coûts de l'assurance-maladie.

Je vais maintenant demander à M. Brown de vous parler un peu plus de ce que nous avons à dire du vieillissement de la population.

**M. Rob Brown, professeur, Université de Waterloo, membre de l'Institut canadien des actuaires:** Je me propose donc, aujourd'hui, de vous parler plus particulièrement du vieillissement de la population. Vous constaterez que la majorité de nos remarques va tout à fait dans le sens de celles de Statistique Canada, ce qui n'a rien d'étonnant. Je vais commencer par vous montrer que le Canada, malgré sa population vieillissante, demeure un des pays les plus jeunes du monde. Bien des pays européens industrialisés nous devancent de beaucoup quant au pourcentage de leur population âgée de 65 ans et plus. Si l'on retient cette définition de population vieillissante, ce n'est que dans 15 ou 20 ans que l'on ressentira vraiment l'incidence du basculement démographique sous l'effet d'une utilisation plus importante du réseau de santé par les baby-boomers. Nous pourrions donc apprendre en examinant la situation dans les autres pays industrialisés.

Ce faisant, comme le représentant de Statistique Canada l'a mentionné, il n'existe aucune corrélation entre l'âge d'une population et le pourcentage de PIB consacré aux soins de santé. Comme cela a également été dit, les États-Unis ont une population jeune, mais les dépenses des Américains en soins de santé sont disproportionnées par rapport à leur produit national brut. La Suède est un pays beaucoup plus vieux, mais il est parvenu à se doter d'un système beaucoup plus économique, quant au niveau de financement des soins de santé en regard du produit national brut.

Cette diapositive vous montre que le vieillissement de la population n'est ni la cause, ni la force motrice des dépenses en santé.

Ce transparent montre l'augmentation des dépenses de soins de santé par rapport au vieillissement de la population. Encore une fois, vous pouvez constater qu'il n'existe pas forcément de corrélation entre le vieillissement de la population et l'augmentation des dépenses en soins de santé. Les pays indiqués ici disposent d'autres mécanismes pour contrôler les coûts. La documentation nous apprend que le matériel de haute technologie, l'utilisation de médicaments et les niveaux de service offert à la population sont des facteurs de coût beaucoup plus importants. À cet égard, notre problème tient au fait que nous sommes voisins des États-Unis dont le système est le plus coûteux du monde. Certes, ceux qui en ont les moyens peuvent obtenir des soins de santé nouveaux, faisant appel à la haute technologie, même si rien ne prouve qu'ils sont efficaces.

Résultat: nos concitoyens s'attendent à bénéficier des mêmes services que ceux offerts aux États-Unis, sans pour autant dépenser 14 ou 15 p. 100 du PIB.

Why is it then that population aging shows up so often as driving health care costs? We think that much of the explanation is expressed in this next slide that shows the distribution of expenditures during the last year of life. This is not a comfortable slide to look at, but after you begin to analyse the statistics, you begin to wonder whether our health care system is really being used as a death care insurance system.

We expend something in the order of 50 per cent to 70 per cent of the final year health care costs just prior to death. In fact, there are estimates that up to 50 per cent of our total lifetime health care expenditures may be made just prior to death.

Is this the way that we want to continue to run our system? If we plug these numbers in, held constant, then it is true that an aging population will drive costs up, although not as rapidly as the percentage of the aged, as Statistics Canada pointed out, because you only die once. Thus, the percentage of people in the age groups that use health care more will grow more rapidly than the percentage of people who are being treated just prior to death.

Health costs for seniors who survive any given year are not disproportionately high. Those people who die in a given year cost the health system the most. You can see ratios anywhere from 4.4 times as much to 10 times as much for those who die in a year versus those who survive.

Here is an even more powerful presentation. It shows the effects if we provide legal entities called "living wills" or "advance directives," where the patient instructs the doctor not to take extraordinary efforts to sustain a meaningless life. We have evidence that in jurisdictions with advance directives that have legal precedent and standing, costs are cut by three and four times.

This is not an easy debate, but we think that it is essential it take place. We believe the Canadian public is ready to have this debate. Should we have living wills and advance directives with legal standing?

At the Canadian Institute of Actuaries, we do not believe it is right and proper to put the onus on the professionals, the doctors, to make these decisions on a one-by-one basis, especially if they must be concerned about legal liability. These decisions must be taken by Parliamentarians after an open, public debate, and legal protection must be provided to the medical practitioner.

To summarize our findings then, and focusing on the aspect of the aging population, we believe that the fixation on the aging population as the problem, which will be presented here, is actually a necessary illusion. That is, people will say that they do not have the solution, that it is the aging population that is driving the cost, and the aging population is inevitable. Therefore, more funding must be found.

Il faut se demander pourquoi le vieillissement de la population est aussi souvent invoqué comme cause d'augmentation des coûts des soins de santé. Nous pensons que cette diapositive, qui établit une ventilation des dépenses dans les dernières années de vie, répond en grande partie à cette question. Ce n'est pas une diapositive très réjouissante, mais si l'on s'en tient à l'analyse statistique, on peut se demander si notre système de soins de santé est effectivement un système d'assurance dans l'antichambre de la mort.

Nous consacrons 50 à 70 p. 100 des coûts de soins de santé dans les dernières années de vie, juste avant le décès. On estime que jusqu'à 50 p. 100 des dépenses de toute une vie à ce chapitre interviennent juste avant la mort.

Est-ce ainsi que nous voulons continuer d'administrer notre système? Si l'on part du principe que ces chiffres sont des constantes, il est vrai que le vieillissement de la population est la principale cause d'augmentation des coûts de santé, mais ces coûts n'augmentent pas aussi rapidement que le pourcentage de la population âgée, comme le représentant de Statistique Canada l'a souligné, parce qu'on ne meurt qu'une seule fois. Dès lors, le pourcentage de population se situant dans ce groupe d'âge, qui utilise davantage les soins de santé, va augmenter plus rapidement que le pourcentage de personnes traitées juste avant leur décès.

Les coûts des soins de santé prodigués aux personnes âgées qui ne sont pas à l'article de la mort ne sont pas disproportionnés. C'est juste avant son décès qu'une personne coûte le plus au système. Voyez les ratios ici, qui indiquent qu'une personne décédant dans l'année coûte de 4,4 à 10 fois plus que celle qui demeure en vie.

Voici un exemple encore plus convaincant qui montre les effets du «testament euthanasique» ou de la «déclaration de volonté» par laquelle le patient indique au médecin qu'il ne veut pas que celui-ci déploie des efforts extraordinaires pour le maintenir inutilement en vie. Il est prouvé que dans les pays où ce genre de document est légalement admis, les coûts sont réduits de trois à quatre fois.

Ce n'est certes pas un débat facile, mais nous pensons qu'il est essentiel. Devrions-nous reconnaître légalement les testaments euthanasiques ou déclarations de volonté?

L'Institut canadien des actuaires juge qu'il est injuste et inapproprié de s'en remettre entièrement aux professionnels de la santé, aux médecins, pour qu'ils prennent des décisions au coup par coup, surtout s'il peut y avoir des répercussions juridiques. Ce genre de décision doit être prise par les parlementaires, après un débat ouvert, public, et il faut accorder une protection juridique aux médecins.

Pour résumer nos constatations et pour me limiter aux seuls aspects du vieillissement de la population, je dirai que le fait de vouloir à tout prix mettre le problème sur le compte du vieillissement de la population est une illusion nécessaire. Autrement dit, les gens pourront continuer de dire qu'ils n'ont pas la solution, que l'augmentation des coûts est due au vieillissement de la population, phénomène inévitable. Dès lors, il faudra trouver plus de fonds.



We disagree. We believe that there are methods to control health care costs. We believe that incentives can be provided to patients, doctors and hospitals, through government fiat, that can control costs, and that there is evidence from around the world to show that that is true.

Exclusive evidence on population aging as the cause of the growth in health care expenditures runs the risk of creating a red herring by distracting us from choices that ought to be made. However, those choices may harm the interests of professional and political groups that will appear before you.

There will be groups who will come before you and say that the rising costs are inevitable and that you need to provide more funding. The Canadian Institute of Actuaries is not here to ask for more funding. In fact, we hope we are here to provide you with assistance by shining more light on the issues.

What could we do for you? What would we like to do for you?

We would like to assist in deciding what data should be collected and in what format. We would then like to assist in the initial analysis.

By the way, we do this for the 30 per cent of health care that is paid for by the private sector. We are the ones who study and analyse the data, do the pricing, and create policy designs.

Second, we would like to provide you with basic insurance principles that could be applied to the publicly funded system to help in saving costs and making it more efficient and effective.

Third, where data do exist, we would like to help shed light on matters where longstanding myths may be driving public perceptions — for example, the one that we are discussing today, that population aging inevitably will drive health care costs upwards.

Fourth, we would like to work toward creating actuarial cost/benefit ratios to help Parliament decide what procedures the publicly funded system should cover and what should be left to private coverage. We feel this would be far more logical and efficient than rationing of beds and medical practitioners.

Fifth, we would like to discuss an optimal division between pre-funding and pay-as-you-go financing by the baby boomers to provide for their needs as they age, and to create intergenerational equity.

Sixth, we would like to create and present the first annual actuarial evaluation of Canada's public health care system. By so doing, we could show you the size of the system and the future expected cost as the population ages. We could then do sensitivity analysis. That is, we could run what-if scenarios to show you how

Eh bien, nous ne sommes pas d'accord. Nous croyons qu'il existe effectivement des méthodes pour contrôler les coûts des soins de santé. Nous croyons en la possibilité d'adopter des incitatifs visant à favoriser le contrôle des coûts par les patients, les médecins et les hôpitaux, par la volonté du gouvernement, puisque nous avons des exemples nous prouvant, ailleurs dans le monde, que cela fonctionne.

Le fait de ne retenir que le vieillissement de la population comme cause de l'augmentation des dépenses de soins de santé, risque de faire diversion et de nous détourner des autres choix nécessaires. Cependant, ces choix d'aller à l'encontre des intérêts des groupes de professionnels et de politiciens qui comparaissent devant vous.

Certains de ces groupes viendront vous dire que l'augmentation des coûts est inévitable et que vous devez leur fournir plus de fonds. L'Institut canadien des actuaires ne demande pas d'augmenter le financement du système de santé. Nous espérons vous aider en jetant un peu de lumière sur toutes ces questions.

Que pourrions-nous faire pour vous? Que souhaiterions-nous faire pour vous?

Nous aimerions vous aider à décider du genre de données à recueillir et de la forme sous laquelle les présenter. Nous aimerions vous aider dans cette analyse initiale.

Soit dit en passant, nous nous livrons déjà à ce genre d'exercice pour les 30 p. 100 de soins de santé payés par le secteur privé. Nous étudions et analysons les données, effectuons la tarification et créons des modèles de politique.

Deuxièmement, nous aimerions vous soumettre des principes d'assurance de base que vous pourriez appliquer au système public pour économiser et pour le rendre plus efficace et plus efficient.

Troisièmement, quand des données existent, nous pourrions vous aider à mettre en lumière les vieux mythes qui sont peut-être responsables de la perception du public — comme celui dont nous avons parlé aujourd'hui, à savoir que le vieillissement de la population pousse inévitablement les coûts des soins de santé à la hausse.

Quatrièmement, nous aimerions établir des ratios actuariels coûts-bénéfices pour aider le Parlement à décider des procédures qui devraient être couvertes par l'État et de celles qui devraient être laissées au soin du secteur privé. Nous estimons que cette façon de faire serait beaucoup plus logique et efficace que de limiter le nombre de lits et le nombre de médecins.

Cinquièmement, nous aimerions parler de la répartition optimale entre la capitalisation anticipée et le financement par répartition pour les baby-boomers, afin de leur permettre de répondre à leurs besoins de génération vieillissante et d'instaurer une certaine équité entre les générations.

Sixièmement, nous aimerions effectuer et vous présenter la cinquième évaluation actuarielle annuelle du système de soins de santé public du Canada. Nous pourrions ainsi vous donner une idée de la future taille du système et des coûts associés au vieillissement de la population. Nous pourrions ensuite faire une



you could control the costs under different potential legislative scenarios.

Finally, we could tell you the total actuarial liability of the existing health care system and what promises have been made to Canadians of all ages. When we did a preliminary study in 1996 based on very raw data, we estimated the actual liability of the Canadian health care system as \$1 trillion dollars. We are talking about a large system here.

I would conclude with that. Thank you for your time. We are available to answer any questions that you may have.

**The Chairman:** I thank all of you for a very interesting presentation. With some of the graphs we just saw a minute ago, your presentation certainly falls into the area of more than provocative. That is exactly what you were asked to do, and I appreciate that.

**Senator LeBreton:** I found the presentations from both StatsCan and the actuaries to be worthwhile. I think people tend to blame the aging population. It is just an easy way out for a lot of people in trying to deal with this situation.

Mr. Oakden mentioned pre-funding some of the benefits. I wrote that down and was wondering how we would sell that to the Canadian public. That is going to be the basis of my question.

When you talk about pre-funding, are you then suggesting that certain health care benefits be sort of "put in the bank," funded privately, and not fall under the public system? Do you see a system whereby public health care could participate in that kind of activity as well?

**Mr. Brown:** This is not privatization in any way. In the debate that took place in 1996-97, the same issue arose with respect to social security and the Canada Pension Plan and Quebec Pension Plan. We were shown that there was an optimal level of previous funding, with approximately one-sixth funded by pay as you go.

Health care is also a social security system. The issue is that blip called the baby boom, followed by the baby bust. We are talking about allowing the baby boomers to pay for their extra, marginal costs to see us through the years of their generation. We do not assume that we can promise ourselves benefits and pass the costs along to these marvellous young people who are here today.

I have certainly done a head count and know that I need to be cognizant of their needs as well.

We would thereby level out the costs amongst all of the population, and the baby boomers would prepay their own health care costs while they are still working. That is the intent. There is no intent to move to what you would refer to as "privatization."

analyse de sensibilité, autrement dit étudier les scénarios possibles pour vous montrer comment contrôler les coûts en fonction de différents scénarios législatifs éventuels.

Enfin, nous pourrions vous préciser ce que représente l'actuel système de soins de santé sur le plan du passif actuariel total et ce à quoi correspondent les promesses ayant été faites aux Canadiens de tous les âges. Quand nous avons effectué notre étude préliminaire en 1996, fondée sur des données brutes, nous avons estimé à 1 billion de dollars le passif actuariel du système canadien de soins de santé. C'est que ce système est énorme.

Voilà qui conclut mon exposé. Je vous remercie de votre attention. Nous sommes prêts à répondre aux questions que vous voudrez bien nous poser.

**Le président:** Merci pour cet exposé très intéressant. Si l'on se fie aux graphiques que vous nous avez montrés, on peut dire de votre exposé qu'il est particulièrement provocateur. Mais c'est ce que nous vous demandons de faire et je l'apprécie.

**Le sénateur LeBreton:** J'ai trouvé les exposés de Statistique Canada et des actuaires fort utiles, parce que je crois que les gens ont effectivement tendance à tout mettre sur le compte du vieillissement de la population. C'est une façon un peu facile de composer avec la situation.

M. Oakden a parlé de capitalisation anticipée pour certaines prestations. J'en ai pris note au passage, mais je me demande comment nous allions bien pouvoir faire accepter cette formule par les Canadiens. Cela sera d'ailleurs ma première question.

Quand vous parlez de capitalisation anticipée, envisagez-vous que certaines prestations de soins de santé soient, en quelque sorte, «investies en banque», financées par le secteur privé ou par le secteur public? Envisagez-vous un système où les soins de santé publique pourraient aussi participer à ce genre d'activité?

**M. Brown:** Il ne s'agit pas du tout de privatisation. Dans le débat qui a eu lieu en 1996-1997, la même chose avait été envisagée à propos de la sécurité sociale, du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec. Nous avons alors prouvé qu'il existe un niveau optimum de capitalisation anticipée, les particuliers comme vous payant environ un sixième de la note.

L'assurance-maladie fait partie du système de sécurité sociale. Le problème réside dans le gonflement démographique que représentent les baby-boomers, gonflement qui est suivi d'un effondrement de la natalité. Il est question de nous permettre, à nous les baby-boomers, de payer pour les coûts supplémentaires marginaux que nous devons subir jusqu'à la fin de nos jours. Nous ne partons pas du principe que nous allons recevoir des prestations dont les coûts seront assumés par ces jeunes gens merveilleux qui sont ici aujourd'hui.

Je les ai dénombrés ces jeunes et il est évident que je dois aussi tenir compte de leurs besoins.

Nous nivellerions donc les coûts d'une génération à l'autre et les baby-boomers pourraient, tant qu'ils travaillent, payer d'avance les coûts associés aux soins de santé. C'est l'intention visée. Nous n'avons pas l'intention de passer à ce que vous

There would only be the intent to arrange pre-funding for the extra marginal cost of the baby boom generation.

**Senator LeBreton:** Do you not then create two levels, including one level of those who are not able to participate in a pre-funded type of plan, people who are low income or not in the workforce? How do you deal with those people?

**Mr. Brown:** This would be a macro economic system controlled by the government. It would be earmarked "taxation" that would then be available to fund that system. There would be no "Robert Brown" account or "David Oakden" account.

I would put some extra tax revenues into an earmarked fund, and as former vice-president Gore suggested, I would put that in a "lock box" to be used to pay for the health care of the baby boomers. There would be no account with my name on it.

**Mr. Darryl Leach, Consultant Actuary, Towers Perrin, and Canadian Institute of Actuaries:** The C.D. Howe Institute's February, 2001 issue of "Commentary" comments on this issue. In it they talked about setting up what they call a "seniors' health account." They suggest that Canadians could allocate part of current federal budget surpluses to a seniors' health account, and that would help to contain the burden of the cost of the baby boomers' health care on their children. This is a quote from the document:

Establishing a seniors' health grant and partially pre-funding it through a seniors' health account would put Canadians in better shape to deal with the challenge of publicly funded health care.

It would not be like individuals putting money into RRSPs; it would provide funds from the surplus.

**The Chairman:** I should tell my colleagues that witnesses from the C.D. Howe Institute will be here tomorrow morning.

If I could use a layman's description, you are essentially suggesting that there would be a group policy — every Canadian is in the group, and each would pay a premium, provided it was affordable. There are some criteria by which some individuals pay to be in the group, and other people who cannot afford it are in the group in any event. That is the essence of your proposal.

**Mr. Brown:** It could be the same criteria that we use for taxation.

**Senator LeBreton:** I have one question on the Statistics Canada presentation. This is the second time that this issue has arisen. Generally, people are healthier than they used to be, except for increases in asthma and diabetes. I am curious about whether Statistics Canada has probed into why that increase has occurred. This is the second time that we have heard this. Is it environmental, or what is it?

appelez la privatisation. L'intention visée serait de faciliter la capitalisation anticipée pour les coûts marginaux supplémentaires associés à la génération des baby-boomers.

**Le sénateur LeBreton:** Mais, ce faisant, est-ce que vous n'êtes pas en train de créer un système à deux vitesses, une pour ceux qui peuvent contribuer à un régime de capitalisation anticipée et une autre pour les personnes à faible revenu ou qui ne font pas partie de la population active? Que faites-vous de ces gens-là?

**M. Brown:** Il s'agit d'un système macroéconomique contrôlé par le gouvernement et alimenté par le système fiscal. Il n'y aurait pas de compte «Robert Brown» ou «David Oakden».

Il serait question de transférer une partie des recettes fiscales supplémentaires dans un fonds affecté et, comme le recommandait le vice-président Gore, l'argent serait placé dans une «boîte scellée» pour payer les soins de santé des baby-boomers. Il n'y aurait pas de compte portant mon nom, par exemple.

**M. Darryl Leach, actuaire-conseil, Towers Perrin, membre de l'Institut canadien des actuaires:** En février dernier, l'Institut C.D. Howe a publié un «Commentaire» sur cette question. Il recommande ce qu'il appelle un «compte de santé pour personnes âgées». Il recommande que les Canadiens affectent une partie des actuels excédents budgétaires du gouvernement fédéral à un compte de santé des personnes âgées, qui permettrait de ne pas répercuter la totalité des coûts associés aux soins de santé des baby-boomers sur leurs enfants. Je vais vous lire un passage de ce document:

La création d'une subvention de santé pour personnes âgées et son financement partiel par le biais d'un compte spécifique permettrait aux Canadiens d'être en meilleure posture pour faire face aux futurs défis du système de santé publique.

Ce ne serait pas comme investir dans un REER, puisque l'argent proviendrait des excédents budgétaires.

**Le président:** Je dois préciser à mes collègues que nous entendrons demain matin les témoins de l'Institut C.D. Howe.

Permettez-moi de reformuler en des termes profanes ce que vous venez de dire. Vous recommandez essentiellement une police de groupe, groupe auquel appartiendrait chaque Canadien et où chacun verserait une cotisation, à condition qu'elle soit abordable. Certains critères permettraient de déterminer qui, au sein du groupe, devrait payer les cotisations, ceux qui ne pourraient pas se permettre cette dépense faisant tout de même partie du groupe assuré. C'est essentiellement votre proposition.

**M. Brown:** Nous pourrions reprendre le même critère que pour la fiscalité.

**Le sénateur LeBreton:** J'ai une question à poser au représentant de Statistique Canada. C'est la deuxième fois que cette question est soulevée. En règle générale, les gens sont en meilleure santé maintenant qu'avant, si l'on fait exception d'une augmentation des cas d'asthme et de diabète. J'aimerais savoir si Statistique Canada a essayé de déterminer à quoi est dû ce phénomène. C'est la deuxième fois qu'on en entend parler. Ces maladies ont-elles des causes environnementales?



**Mr. Berthelot:** I do not believe we know the answer to the question about asthma. We know that there has been an increase in terms of the body mass index, which is a risk factor for diabetes, but we clearly cannot say that that is the cause. We know that there is more reporting of the condition. It could also be that more people are diagnosed now. Thus, people know they have diabetes, but the real answer is that we do not know the cause of the increase.

**Senator LeBreton:** When you get a statistic like that, is there some trigger mechanism at Statistics Canada that will send you off to probe why that occurs? Is it simply put on the table as a statistic and just left to sit there?

**Mr. Berthelot:** I do not think we have such a mechanism, but putting that effectively before the public may convince some researchers to look into it.

**Senator Cohen:** Thank you for your presentation today. The facts and figures are overwhelming. I had no idea of the high cost of dying, and that it had reached the proportions that it has. It makes you want to live and concentrate on wellness.

Has the Canadian Institute of Actuaries worked in tandem with the government and the Health Department up to now?

**Mr. Brown:** We have responded every time that we have been asked.

**Senator Cohen:** From what I am hearing, could you be a major asset?

**Mr. Brown:** We would like to be a larger asset than we have been in the past. I do not think we are well known. We are only 3,000 strong, but we believe that we are a resource that you can access.

**Senator Cohen:** I am not a health professional, but every point you made had a resonance with me. Thus, obviously, to an average Canadian who cares about what is happening, it makes a lot of sense. We must marry your organization more with the Health Department.

My question is about demographics. You referred to the life expectancy of Swedes at 65 years of age as being higher than that of Americans, and that it costs much less. What is their secret? How does our aging population compare with that of other industrialized countries?

**Mr. Berthelot:** I do not know the secret of Sweden. We only report on the data that we collect in Canada, and we use the OECD data to provide you with the numbers from other countries.

**Senator Cohen:** Has there been a comparison study?

**Mr. Berthelot:** Statistics Canada has not compared the Swedish health care system with the Canadian health care system. I do not think it would be within our mandate.

**M. Berthelot:** Nous n'avons pas de réponse à propos de l'asthme. Du côté du diabète, on a constaté une augmentation de l'indice de la masse corporelle, qui est un facteur de risque, mais on ne peut pas affirmer que ce soit la cause de l'augmentation du nombre de cas. Il est vrai que de plus en plus de cas sont signalés. Par ailleurs, il est possible qu'on en diagnostique davantage. Ainsi, on sait que davantage de Canadiens sont atteints de diabète, mais on n'en connaît pas les causes.

**Le sénateur LeBreton:** Quand vous voyez des statistiques de ce genre, est-ce qu'il y a des mécanismes en place à Statistique Canada qui prévoient de fouiller davantage pour voir ce qui se passe? Ou est-ce que vous considérez simplement que c'est une statistique et que vous n'allez pas plus loin?

**M. Berthelot:** À ce que je sache, ce genre de mécanisme n'existe pas, mais en rendant ce genre d'information publique, nous pourrions inciter certains chercheurs à y regarder de plus près.

**Le sénateur Cohen:** Merci pour votre exposé d'aujourd'hui. Les faits et les données sont absolument renversants. Je ne savais pas à quel point les préludes de la mort pouvaient être coûteux ni que nous avions atteint de telles proportions. Cela ne peut que nous inciter à vivre pleinement et à nous soucier davantage de notre bien-être.

Est-ce que l'Institut canadien des actuaires a, jusqu'ici, travaillé en tandem avec le gouvernement et le ministère de la Santé?

**M. Brown:** Nous avons répondu à chaque appel qui nous a été lancé.

**Le sénateur Cohen:** Êtes-vous en train de nous dire que vous pourriez être un atout important?

**M. Brown:** Nous aimerions être un atout plus important que par le passé. Je ne pense pas que nous soyons bien connus. Nous ne comptons que 3 000 membres, mais nous représentons une ressource intéressante dont vous pourriez vous prévaloir.

**Le sénateur Cohen:** Je ne suis pas une professionnelle de la santé, mais je suis interpellée par tous des aspects que vous avez abordés. Je ne serais pas étonnée que le Canadien moyen, qui se préoccupe de la situation, trouve que votre raisonnement tient debout. Il faudrait faire en sorte que votre organisation travaille en plus étroite collaboration avec le ministère de la Santé.

Je vais vous poser une question sur l'aspect démographique. Vous avez dit que l'espérance de vie des Suédois est de 65 ans, soit plus que celle des Américains, mais que les coûts de santé sont inférieurs en Suède. Quel est leur secret? Comment se compare notre population vieillissante par rapport aux autres pays industrialisés?

**M. Berthelot:** Je ne connais pas le secret des Suédois. Nous ne pouvons réagir que sur les données que nous recueillons au Canada, quant aux autres pays, nous nous fions sur les données de l'OCDE.

**Le sénateur Cohen:** Avez-vous fait une étude comparative?

**M. Berthelot:** Statistique Canada n'a pas comparé le système suédois de soins de santé avec le système canadien. D'ailleurs, je ne crois pas que cela relèverait de notre mandat.



**Senator Cohen:** Do you have any reporting from any other industrialized country? I think that information would be very helpful as we progress in our work.

Do you have a comparison of what is happening in one industrialized country with what is happening in another? What has been successful elsewhere that has not been successful here, and vice versa?

**Mr. Berthelot:** It is not part of the mandate of Statistics Canada to review or survey programs and political systems. Rather, we measure Canadian society. It would be for someone else to take that role.

**Senator Cohen:** Has Statistics Canada done a study of why women live longer than men in Canada?

**Mr. Berthelot:** Nobody knows why women live longer. We know that in terms of risk factors, there are lower levels of smoking, for example. However, we have not done a specific study. What do you mean by a "study?" Do you mean trying to find the causes?

**Senator Cohen:** I refer to any research into that whole area.

**Mr. Berthelot:** There is some research information at Statistics Canada comparing men's and women's health profile and life expectancy, but in terms of understanding why they live longer, I do not think so.

**Mr. Lachapelle:** I have one comment on the last question. The phenomenon of women living longer than men is observed in many other societies. In a way, with the kind of research that has been done, researchers are trying to understand those kinds of things. The only possibility on which they have a guess is cultural — the habit of smoking and things like that. It is a phenomenon that people find important to know about and would like to understand better. What provides a clue and is an important factor is a cultural one — in fact the gap between men and women in terms of life expectancy has decreased in the last 20 or 25 years. That is connected to changes in the habits and behaviour of women, because some have adopted men's behaviour patterns.

**Mr. Brown:** We have a recent paper we could get to you on that topic. It is a very in-depth literature review.

**Senator Keon:** I believe you said that an aging population is not the main reason for increasing health care costs. The reasons are multifactorial. Were you able to pull the significant factors out of the multifactorial pool?

**Mr. Brown:** No, we were not. I would say that we are a young committee. I am sure you are aware that health care data are very difficult to obtain, especially data that would allow for multifactorial analysis. A significant amount of data would tell you how much Ontario spent in total last year, for example. It is

**Le sénateur Cohen:** Avez-vous des rapports d'autres pays industrialisés? Je pense que ce genre d'information serait très utile pour nous faire avancer dans nos travaux.

Avez-vous des comparaisons entre les pays industrialisés? Savez-vous ce qui a fonctionné ou ce qui a échoué ailleurs?

**M. Berthelot:** Statistique Canada n'a pas pour mandat d'examiner les programmes et les systèmes politiques, ni d'effectuer des études à leur propos. Nous mesurons la société canadienne. Quelqu'un d'autre devrait faire ce travail.

**Le sénateur Cohen:** Statistique Canada a-t-elle fait une étude pour chercher à expliquer la longévité supérieure des femmes par rapport aux hommes au Canada?

**M. Berthelot:** Personne ne sait pourquoi les femmes vivent plus longtemps. Sur le plan des facteurs de risque, par exemple, il est établi que moins de femmes fument. Quoi qu'il en soit, nous n'avons pas fait d'étude particulière à cet égard. Mais au fait, qu'entendez-vous par «étude»? Est-ce que vous voulez parler de trouver les causes de cet écart?

**Le sénateur Cohen:** Je parle de recherche sur toute cette question.

**M. Berthelot:** Nous avons quelques données de recherche, à Statistique Canada, qui établissent la comparaison entre hommes et femmes pour ce qui est du profil de santé et de l'espérance de vie, mais je ne pense pas que nous ayons étudié les raisons pour lesquelles les femmes vivent plus longtemps que les hommes.

**M. Lachapelle:** J'aurais une remarque à faire et une dernière question à poser. Le phénomène des femmes qui vivent plus longtemps que les hommes est observé dans de nombreuses sociétés. D'une certaine façon, avec le genre de recherches qu'ils effectuent, les chercheurs essaient de comprendre ce genre de chose. Jusqu'ici, la seule explication qu'ils aient trouvée est celle de la différence culturelle — des habitudes en matière de tabagisme et autres. Les gens estiment qu'il est important de connaître l'origine de ce phénomène et ils voudraient mieux le comprendre. Il y a peut-être une indication, un facteur culturel important, le fait que l'écart entre les hommes et les femmes sur le plan de l'espérance de vie se soit rétréci au cours des 20 ou 25 dernières années. Cela est lié aux changements survenus dans les habitudes et le comportement des femmes, parce qu'elles ont adopté les mêmes habitudes que les hommes.

**M. Brown:** Nous avons produit un récent document que nous pourrions vous faire parvenir sur ce sujet. Il s'agit d'un examen documentaire approfondi.

**Le sénateur Keon:** Je crois vous avoir entendu dire que le vieillissement de la population n'est pas la principale raison de l'augmentation des coûts de soins de santé, qu'il existe plusieurs raisons. Avez-vous pu dégager les facteurs les plus importants?

**M. Brown:** Non. Notre comité est tout jeune. Vous savez, j'en suis sûr, qu'il est très difficile d'obtenir des données sur les soins de santé, surtout des données qui nous permettraient d'effectuer une analyse multifactorielle. Il existe de nombreuses données qui indiquent, par exemple, combien l'Ontario a dépensé l'année

difficult to get breakdowns from which you can do a multifactorial analysis. We have not been able to achieve that, but it is a goal.

**Senator Keon:** Have you any perceptions?

**Mr. Brown:** I will now remove my Canadian Institute of Actuaries hat, if I may, and become a university professor. I have been surprised and somewhat disappointed by the lack of correlation between spending on health care and measurable impacts. The concept of life expectancy and how much a country spends on health care are not correlated. As someone in the education sector, I could make a case that you should be spending money on education if you are concerned about population life expectancy, as opposed to MRIs. It is very interesting where the multifactorial analysis can lead you. It leads you into very unexpected paths and fields.

[Translation]

**Senator Morin:** My first questions are to Mr. Lachapelle and Mr. Berthelot. Unfortunately I did not hear your presentation but I have received a copy of the brief. What really interests us in the area of health is not the person sixty-five years of age, since it has been shown that a person's health is quite stable up until the age of 70 or 75. It is after the age of 85 that there are real changes in one's health.

If I understand correctly, the state of health of seniors is getting better. What is important is not that there are more seniors, but rather that the number of people aged 85 and over is increasing significantly. At their meeting in Quebec City in 2000, the health ministers said that they had not taken health costs into account. That is one of the reasons why health care costs are increasing: the proportion of Canadians aged 85 and over is increasing.

Your figures on sickness begin at 45 years of age. They do not really apply to seniors. For example, Alzheimer's disease does not hit people 45 years of age, but people suffering from it require a lot of care, which is much costlier than for other diseases.

Over the next ten years, the number of deaths in Canada will increase significantly. You state that Canadians 65 years of age now enjoy better health. We know that. What is important as regards the health care system is those people over 85 who are losing their independence and the number of deaths. That is what is going to push up health care costs.

**Mr. Lachapelle:** You are referring to the aging of seniors. That is correct, and we highlighted the point in our presentation. However, as we stated in our brief, it must be remembered that over the past thirty years there has been a significant increase in the population of Canadians aged 85 and over. The situation of Canadians very much older than 65 will stabilize between 2011 and 2031, which is precisely when the baby boomers will become seniors. They will be the youngest of the seniors. Later of course, as from 2030, there will be a large increase of the population of very old seniors as the generation born between 1946 and 1966 will reach 85 years of age.

dernière, mais il est difficile d'obtenir une ventilation à partir de laquelle faire une telle analyse. Nous ne l'avons pas fait jusqu'ici mais c'est notre objectif.

**Le sénateur Keon:** Est-ce que vous avez une idée de ce qui se passe?

**M. Brown:** Je vais enlever ma casquette de l'Institut canadien des actuaires pour un instant, pour redevenir professeur d'université. J'ai été surpris et plutôt déçu du manque de corrélation entre les dépenses de soins de santé et les impacts mesurables. Il n'y a pas de corrélation entre la notion d'espérance de vie et les dépenses nationales en matière de soins de santé. En qualité d'enseignant, je vous dirais que vous devriez dépenser davantage dans l'éducation que dans les IRM, si la question de l'espérance de vie vous préoccupe. Il est intéressant de voir où peut vous amener une analyse multifactorielle. Elle débouche sur des pistes et des domaines inattendus.

[Français]

**Le sénateur Morin:** Je voudrais adresser mes premières questions à MM. Lachapelle et Berthelot. Je n'ai malheureusement pas entendu votre présentation mais j'ai eu ce document. Ce qui nous intéresse dans le domaine de la santé, ce n'est pas vraiment quelqu'un de 65 ans puisqu'il est démontré que l'état de la santé jusqu'à 70 ou 75 ans est assez stable. C'est à partir de 85 ans que l'état de santé se modifie vraiment.

Si je comprends bien, la population âgée vieillit en meilleure santé. Ce n'est pas qu'il y a plus de personnes âgées qui est important, c'est que la population de plus de 85 ans augmente de façon importante. Les ministres de la santé ont dit à Québec, en l'an 2000, lorsqu'ils ont parlé des coûts de santé, qu'ils n'en avaient pas tenu compte. C'est une des raisons pour laquelle le coût des soins de santé augmente: la proportion de gens de plus de 85 ans augmente.

Vos statistiques sur les maladies commencent à l'âge de 45 ans. Cela ne s'applique vraiment pas à la population âgée. Par exemple, l'Alzheimer n'est pas une maladie qui touche les gens de 45 ans, mais elle présente un taux de soins très important et des coûts beaucoup plus élevés.

Dans les dix prochaines années, le nombre de décès au Canada va augmenter de façon appréciable. Vous dites que les gens de 65 ans sont en meilleure santé. On le sait. Ce qui est important au point de vue du système de santé, ce sont les gens en perte d'autonomie qui ont plus de 85 ans et le nombre de décès. C'est cela qui va faire augmenter les coûts de santé.

**M. Lachapelle:** Vous faites allusion au vieillissement de la population âgée. C'est exact, nous l'avons mis en évidence dans notre exposé. Cependant, il faut se rappeler — et nous l'avons souligné — qu'il y a eu un accroissement important de la population des 85 ans et plus depuis une trentaine d'années. L'état de la population très âgée parmi les 65 ans et plus va se stabiliser entre 2011 et 2031 où arriveront précisément les baby-boomers. Ils seront les plus jeunes de la population âgée. Plus tard, bien entendu, à partir des années 2030, il y aura un accroissement très important de la population très âgée au moment où les gens de cette génération, nés entre 1946 et 1966, atteindront l'âge de 85 ans.



I will ask Mr. Berthelot to answer the other questions on the health of senior Canadians and developments in that area.

**Mr. Berthelot:** The reason why we presented life expectancy at 45 years of age is because that is the mid-point for baby boomers. What are the projections for their life expectancy? What are the reasons why some people in the group are going to have longer or shorter lives than others? That is why we looked at those who smoke for example. We are not considering only life expectancy but also life expectancy with a loss of independence.

The purpose was to show important determinants such as smoking, body mass index and physical inactivity, and to relate these points in the next paragraph to the fact that generations of baby boomers have lower prevalence risk factors than today's seniors. As we know that people 65 and older today are in better health than seniors 25 or 30 years ago, the profiles would indicate that we can expect an improvement for the baby boom generation.

**Senator Morin:** Unfortunately the standard risk factors no longer apply after 85 years of age.

**Mr. Berthelot:** They apply beforehand, and the number of years living with disability or in a health care institution also depends on activity limitations and home care services. Everything depends on activity limitation. As we now know, risk factors do not apply at 85 years of age. We were trying to develop an idea of future directions. Analysis of a number of factors seems to indicate that the seniors of tomorrow will be in better health than today's, who themselves are in better health than yesterday's.

**Senator Morin:** You are right as regards people under the age of 85.

[English]

I have two questions for Mr. Brown. I direct his attention to tables 2 and 3, on the last two or three years of life. This issue arises regularly. It is more expensive to be sick than to be healthy. We all have a number of illnesses, but the most major illness we have will be the last one, generally speaking. If you compare someone who dies in one column to someone who survives in another, it is obvious that the person who died would be sicker than the person who survived; it is not surprising that it is more expensive to pay for that.

I should like to turn to table 4, which surprised me no end. This table would indicate that most of what Dr. Keon and myself have been doing in the health care field is unnecessary.

There would be a \$70,000 difference between the hospital charge for a patient who gave an advance directive and one who did not. Generally, physicians prefer to have patients who have an advance directive. We know exactly what they want.

Je demanderai à M. Berthelot de répondre aux autres questions concernant la santé de la population âgée et son évolution.

**M. Berthelot:** La raison pour laquelle on a présenté l'espérance de vie à 45 ans, c'est que nous y retrouvons le milieu du baby-boom. Que prévoit-on concernant leur espérance de vie? Quels sont les facteurs qui vont faire que certaines personnes de ce groupe vont vivre moins longtemps ou plus longtemps? Voilà pourquoi on prenait la cigarette par exemple. On ne considère pas seulement l'espérance de vie, mais aussi l'espérance de vie en perte d'autonomie.

L'objectif était de démontrer les facteurs déterminants importants comme la cigarette, l'indice de masse corporelle, l'inactivité physique, et de faire un lien dans le paragraphe suivant sur le fait que les générations de baby-boomers ont des facteurs de risque à moins grande prévalence que les gens âgés d'aujourd'hui. Lorsqu'on sait que les personnes âgées de 65 ans d'aujourd'hui sont en meilleure santé que celles d'il y a 25 ou 30 ans, on peut s'attendre, lorsqu'on regarde les profils, à une amélioration pour la génération des baby-boomers.

**Le sénateur Morin:** Les facteurs de risque classiques ne jouent malheureusement plus après 85 ans.

**M. Berthelot:** Ils jouent avant et le nombre d'années vécues en incapacité ou en institution de soins de santé dépend aussi des limitations d'activités et de services de soins à domicile. Tout cela dépend des limitations d'activités. On sait que maintenant, ces facteurs de risque ne jouent pas à 85 ans. On essayait d'avoir une idée de l'avenir. En mettant plusieurs facteurs ensemble, il semble que les personnes âgées de l'avenir seront plus en forme que celles d'aujourd'hui, qui sont elles plus en forme que celles du passé.

**Le sénateur Morin:** Vous avez tout à fait raison pour les personnes de moins de 85 ans.

[Traduction]

J'ai deux questions pour M. Brown. J'attire son attention sur les tableaux 2 et 3, sur les deux ou trois dernières années de vie. Ce problème est régulièrement soulevé. Il est plus coûteux d'être malade que d'être en bonne santé. Il existe bien des maladies, mais les principales sont généralement celles qui nous accompagnent jusque dans la tombe. Si vous comparez la personne qui décède, dans une colonne donnée, à celle qui survit dans une autre, il est évident que la première a été beaucoup plus malade que la deuxième, et il n'est pas étonnant qu'elle ait coûté plus cher au système.

Passons au tableau 4, qui m'a étonné. Ce tableau tend à démontrer que ce que nous avons fait, le Dr Keon et moi-même dans le domaine des soins de santé, était inutile.

On constate un écart de 70 000 \$ entre les frais d'hospitalisation pour un patient ayant signé une déclaration de volonté relativement à son traitement et celui qui ne l'a pas fait. En général, nous les médecins préférons les patients de la première catégorie, parce que nous savons exactement ce qu'ils veulent.



That is a significant amount of money. Unfortunately, there is no reference in the paper that I have before me. I would like to know the number of patients studied, where the study was done, on what kind of cases, and whether that was total population or selected cases.

I cannot let this go by without having some knowledge of the number of patients and the cases. If these are terminal cancer cases, it is a select population.

**Mr. Brown:** I can refer you to the paper. I cannot go back at the moment and reproduce the breakdown, because we were given it in the macro-economic form that you have.

This is U.S.-based data. It is based on Medicare data. The paper is entitled: "Development of the Last Year of Life Valuation Model." It is from the North American Actuarial Journal.

We were struck by the figures as well.

**Senator Morin:** I must say that I cannot agree. Dr. Keon will speak for himself, but it is impossible that there could be such a major difference between those who gave an advance directive and those who did not.

Generally, we tend not to give unnecessary treatment. The difference is too great. The \$70,000 difference per patient per hospital charge is really unbelievable. I cannot accept that.

**Mr. Brown:** We will share all the data with you. I can only stand by the studies that we have analyzed to this point.

**Senator Morin:** I realize that you are quoting someone whom we do not have before us. It is good to give us the reference.

**Mr. Brown:** It is in our longer paper. I think you are looking at the slide presentation for today.

**Senator Morin:** I did not get anything else.

I am surprised that Germany was not included in your various slides because Germany has done a lot on long-term pain. They have insurance. What you are recommending is the German model, where they have long-term, universal social insurance, which is 1 per cent of salary.

Some people agree with it and others do not, but Germany has been doing that for some time. This is really what you are recommending. Germany has a universal social insurance program for long-term care. It has been in existence now for 10 years. The employers collect 1.7 per cent of the employee's salary to go into this fund. It is spent on long-term care after an assessment.

Generally, it is well accepted. Some of the insurance is for home care, some of it is for hospital care, but it is for that purpose.

Cette somme est considérable. Malheureusement, il n'y a pas de référence dans le document que j'ai devant moi. J'aimerais savoir quel nombre de patients ont été pris en compte dans l'étude, où cette étude a eu lieu, le genre de cas étudiés et j'aimerais aussi savoir si l'étude a porté sur la population totale ou sur certains cas seulement.

Je ne peux pas me contenter d'accepter ces résultats sans savoir sur quel nombre de patients et sur quel nombre de cas l'étude a porté. S'il s'agissait de cas de cancer en phase terminale, cela correspond à population sélectionnée.

**M. Brown:** Je peux vous renvoyer au document, mais pour l'instant je ne peux pas vous donner la ventilation, parce que nous avons reçu les données macroéconomiques que vous avez devant vous.

Il s'agit de données américaines, de données concernant l'assurance-maladie. Le document est intitulé «Development of the Last Year of Life Valuation Model». Il est extrait du North American Actuarial Journal.

Nous aussi, ces chiffres nous ont frappés.

**Le sénateur Morin:** Je dois dire que je ne suis pas d'accord avec ces chiffres. Le Dr Keon parlera en ce qui le concerne tout à l'heure, mais il est impossible qu'il existe une telle différence entre les personnes qui signent des déclarations de volonté et les autres.

Nous n'avons généralement pas tendance à dispenser des traitements inutiles. Mais la différence ici est trop grande. Ces 70 000 \$ d'écart par patient, facturés par hôpital, est absolument incroyable. Je ne peux pas accepter ce chiffre.

**M. Brown:** Eh bien, nous vous ferons parvenir les données. Je ne peux que m'en remettre aux études que nous avons analysées jusqu'ici.

**Le sénateur Morin:** Je me rends bien compte que vous citez quelqu'un qui n'est pas ici. Il serait donc utile que nous ayons la référence en question.

**M. Brown:** Elle est dans notre document complet. Vous parliez des diapositives que nous avons présentées aujourd'hui.

**Le sénateur Morin:** C'est que je n'ai rien d'autre.

Je suis surpris que l'Allemagne n'apparaisse pas, parce que ce pays a fait beaucoup sur le plan des soins à long terme. Il offre une assurance. Vous recommandez en fait d'appliquer le modèle américain, qui offre une assurance sociale universelle à long terme, représentant 1 p. 100 du salaire.

Certains sont d'accord avec cette mesure, d'autres pas, mais l'Allemagne l'a adoptée il y a quelques années déjà. C'est en fait ce que vous recommandez. L'Allemagne offre un régime universel d'assurance sociale pour les soins à long terme. Ce régime existe depuis dix ans déjà. Les employeurs prélèvent 1,7 p. 100 du salaire des employés pour alimenter la caisse, et les fonds sont destinés à des soins à long terme, après une évaluation.

Ce régime généralement été bien accueilli. Une partie de l'assurance est consacrée aux coûts des soins à domicile, une autre

Before we go into that, I think it would be beneficial to review the German model.

The Germans use a significant amount of resources on their older population, and they have an aging population. By far the oldest population in Western Europe is in Germany. I was surprised to see that Germany was not referenced.

**Mr. Brown:** One of those triangles was Germany. We could not identify all of them or you would not be able to read the graph. I must say, with respect, that we have not decided whether the German model is right for Canada or not. I cannot say that we are recommending a German model.

**Senator Morin:** That is what it is.

**The Chairman:** I have two comments. First, as I listened to your presentation and read your paper, I did not detect that you are recommending a specific solution. You are saying that this is one way to go at it.

Second, we are working on a piece of research at the moment that will be available around the middle of May 2001 that will compare the universal models in several countries, including Germany.

**Senator Roche:** Following up on Senator Morin's questions, I have two questions for Professor Brown in the context of our subcommittee's report on palliative care. I would hope that the committee, during its deliberations, would have that report in mind. Professor Brown has dealt extensively here with the last year of life.

I too am greatly struck by the high figures for costs for the last year of life. Perhaps my question will take you beyond your discipline and your specific competence, but it should be raised.

What is the reason for these high costs? Is it because the patient — who obviously has a serious illness, as he will be dead within the year — is being treated actively and requires a significant degree of expensive treatment? Or is it because the patient is occupying very expensive space in an active treatment hospital? Are you able to shed some light on the reason for the cost?

**Mr. Brown:** I cannot tell you the answer to that question, not with the degree of research that we have been able to do to date.

**Senator Roche:** I suspected that you might not be able to answer. Mr. Chairman, I would be interested in getting at that information.

**The Chairman:** Let me ask the StatsCan people. Do you have any data on that?

**Mr. Berthelot:** We have done some research in the area of cancer. We have found that in the last six months of life, which is mainly palliative and terminal care, the patient is hospitalized for about 20 days or 25 days, depending on the type of hospital. It costs at least \$20,000, I would say.

aux coûts des soins hospitaliers, mais dans tous les cas, il s'agit de soins à long terme. Si nous devons suivre cette piste, il serait intéressant d'examiner le modèle allemand.

Les Allemands consacrent beaucoup d'argent aux personnes âgées, parce que ce pays a une population vieillissante qui est, de loin, la plus importante d'Europe de l'Ouest. J'ai été étonné de voir qu'il n'était pas question de l'Allemagne.

**M. Brown:** Un de ces triangles correspond à l'Allemagne. Nous ne pouvions pas identifier tous ces symboles, parce que le graphique aurait été illisible. Je me dois de vous préciser que nous n'avons pas décidé si le modèle allemand est le bon ou pas pour le Canada. Je ne peux pas dire que nous recommandons le modèle allemand.

**Le sénateur Morin:** Et pourtant, c'est bien de cela dont il s'agit.

**Le président:** J'ai deux remarques à faire. D'abord, d'après votre exposé et vos documents, je n'ai pas conclu que vous recommandiez telle ou telle solution. Vous dites simplement que c'est une façon d'aborder la chose.

Deuxièmement, nous travaillons sur une recherche qui sera terminée vers le milieu de mai 2001, et qui consiste à comparer les modèles d'assurance universels de plusieurs pays, notamment de l'Allemagne.

**Le sénateur Roche:** Pour enchaîner sur les questions du sénateur Morin, j'ai deux questions pour le professeur Brown relativement au rapport du Sous-comité sur les soins palliatifs. J'espère que, pendant ses délibérations, le comité ne perdra pas ce rapport de vue. Le professeur Brown a beaucoup travaillé sur la question des dernières années de la vie.

Moi aussi, je suis surpris par les coûts que représentent les dernières années de la vie. Il est possible que ma question vous amène sur un terrain étranger à votre discipline et qui ne relève pas de vos compétences, mais je me dois de la poser.

Qu'est-ce qui explique ces coûts élevés? Est-ce parce que le patient — qui, de toute évidence, souffre d'une maladie grave et va décéder dans les années à venir — est traité de façon intense, à coup de traitements très coûteux? Ou est-ce parce que le patient occupe un espace qui coûte cher, dans un hôpital où l'on offre des traitements actifs? Pourriez-vous nous éclairer un peu sur les raisons de ces coûts élevés?

**M. Brown:** Je ne peux pas vous répondre à cette question en me fondant sur les recherches effectuées jusqu'ici.

**Le sénateur Roche:** Je me doutais que vous ne pourriez pas répondre. Monsieur le président, j'aimerais que nous obtenions ces renseignements.

**Le président:** Je vais poser la question aux gens de Statistique Canada. Avez-vous des données là dessus?

**M. Berthelot:** Nous avons effectué quelques recherches dans le domaine du cancer. Nous avons constaté que, dans les six derniers mois de la vie, où interviennent les soins palliatifs et terminaux, la durée d'hospitalisation des patients est de 20 à 25 jours, selon le type d'hôpital. Je dirais qu'il en coûte au moins 20 000 \$.



**The Chairman:** I think that that is a key point but would pursue it differently. Do the data indicate that if someone is left in a hospital because there is no palliative care unit, that it is more expensive?

**Senator Roche:** They are.

**The Chairman:** I presume it is much cheaper to have someone who is clearly terminally ill in a palliative care unit than in an acute hospital bed, which I think is part of where Senator Roche was going.

I am trying to find out if we have data that look at those trade-offs.

**Mr. Berthelot:** I do not think that we have data that allow us to trace effectively where people go in the health care system. We will be able to see where they died and look at their hospital utilization.

**Senator Roche:** In this context, I would suggest that we review the report and the testimony which produced the report on palliative care. As I recollect the evidence, there are some data that show quite clearly that palliative care is less expensive. There are many reasons for palliative care; including that it is less expensive.

Professor Brown, you drew our attention to living wills in such a way that I inferred that you are in favour of them and would require them to be mandatory. Did you mean to go that far?

Are you saying that living wills are of such assistance to doctors and the entire medical team that you would want to require living wills on cost factors alone? In that way, active treatment would not be given to people who have said that if they were in a terminal condition, they would want to die?

**Mr. Brown:** That is a political question. We would like to provide the political forum with the data analysis that could lead to the correct answer. The question itself is a political one.

**The Chairman:** That is a wonderful, political answer.

**Senator Rompkey:** I do not know where you got the witnesses, but they are God's gift to politicians, because they have come before us today and said that not only do we not need to spend more money, they can show us how to do that. I think that we need a long-term relationship with them.

Some of the questions that I wanted to ask have been asked already. I think that it was the StatsCan people who talked about the change in the percentage of income that is derived from pension. As I understood what you said, the reliance on pension has increased. Why is that? What are the factors that have contributed to that?

**Le président:** C'est là un aspect déterminant, mais moi, je vais l'aborder un petit peu différemment. Vos données vous indiquent-elles si c'est moins coûteux quand le patient quitte l'hôpital parce qu'il n'y a pas d'unité de soins palliatifs?

**Le sénateur Roche:** Mais oui.

**Le président:** Moi, je supposerais que ça reviendrait moins cher de mettre un patient qui est en phase terminale dans une unité de soins palliatifs que dans un service de soins aigus, et je crois que c'est là où le sénateur Roche voulait en venir.

Ce que je veux savoir, c'est s'il existe des données portant sur ce genre de compromis.

**M. Berthelot:** Je ne crois pas que nous ayons des données nous permettant de déterminer effectivement où les gens sont traités dans le système de soins de santé. Nous pourrions toujours savoir dans quels services ils décèdent et examiner la façon dont ils ont utilisé les services hospitaliers jusque là.

**Le sénateur Roche:** Ce faisant, je recommande que nous examinions le rapport et les témoignages qui ont conduit à la production du rapport sur les soins palliatifs. Si je me rappelle les témoignages, ils contiennent des données montrant très clairement que les soins palliatifs sont moins coûteux. Plusieurs raisons expliquent l'existence des soins palliatifs, notamment le fait qu'ils sont moins coûteux.

Professeur Brown, vous avez attiré notre attention sur les testaments euthanasiques de telle façon que j'en ai conclu que vous étiez favorable à ce genre de chose et que vous seriez prêt à les rendre obligatoires. Est-ce que vous seriez prêt à aller jusque là?

Estimez-vous que les testaments euthanasiques soient utiles pour les médecins et l'ensemble du personnel au point que vous seriez prêt à les rendre obligatoires, uniquement parce qu'ils permettraient de faire des économies? Le cas échéant, on ne prodiguerait pas de traitement actif à des gens ayant déclaré, dans un testament, que s'ils sont en phase terminale il faut les laisser mourir.

**M. Brown:** C'est une question politique. Nous voulons simplement alimenter le débat politique à coup d'analyses de données susceptibles de nous conduire vers la bonne réponse. La question elle-même est politique.

**Le président:** Voilà une merveilleuse réponse politique.

**Le sénateur Rompkey:** Je ne sais pas où vous êtes allé chercher ces témoins, mais ils sont un don de Dieu pour des politiciens... Ils viennent nous dire, aujourd'hui, que non seulement nous n'avons pas besoin de dépenser plus d'argent, mais qu'ils peuvent nous indiquer comment nous y prendre. J'ai l'impression que nous devrions instaurer une relation à long terme avec ces gens-là.

Vous avez déjà répondu à une partie des questions que j'avais l'intention de vous poser. Je crois que ce sont les représentants de Statistique Canada qui, tout à l'heure, ont parlé de la variation de pourcentage dans les revenus de retraite. Si je comprends bien ce que vous nous avez dit, on s'en remet de plus en plus à ces retraites. Pourquoi donc? À quoi doit-on attribuer cela?



**Mr. Berthelot:** It is clear that people contribute to pensions. It is clear that women have been working more, so they contribute to the Canada Pension Plan or the Quebec Pension Plan.

**Senator Rompkey:** It has nothing to do with other factors? That is the main reason?

**Mr. Berthelot:** There could be other factors. I have not studied that, but there could be other factors in terms of the eligibility for Old Age Security or the GIS. Perhaps Mr. Murphy could add some comments.

**Mr. Brian Murphy, Manager, Statistics Canada:** I am Brian Murphy with Statistics Canada. The numbers in the report had figures from 1971, when the CPP had been in place for six years or seven years, something like that. The main reason for the increase in that would be the maturation of the CPP. People would be starting to receive the pay-as-you-go benefits from that.

We now find that there are high fixed proportions. Seventy-five per cent of seniors' incomes comes from transfers. It is a huge block. It is high, and fixed at that point now.

**Senator Graham:** I would like to thank the witnesses for their presentation. It is all very interesting.

I happened to be Allan McEachen's executive assistant when medicare came into force. I have something of a history with, and more than a passing interest, particularly at my age, in the statistics that you have revealed. I am always more comfortable when I am in the same room with Senators Keon and Morin.

When you mentioned pre-funding as opposed to pay as you go, I got nervous because I could see Don Harron's TV commercial on prepaid funerals passing before my mind. I was more comfortable after Senator Morin made his comments. I did wonder why you said that the person who dies is sicker than the one who survives. Even I understand that.

I was interested in Mr. Brown's statement that "we believe that there are methods to control health care costs." This is a follow-up to what Senator Rompkey said about being happy that people here say that we should not have to pay more for the health care system in Canada. What are those methods that you can suggest, and have you offered them to Health Canada?

**Mr. Brown:** We offered them today in our report. In particular, as actuaries, we would bring you some of the cost control methods that are used in an insurance system. I will preface that immediately by saying that many of these systems mean that 99.9 per cent of the population gets almost everything that they want at a price that is affordable. Those private insurance principles that could be applied and would lead to cost savings,

**M. Berthelot:** Il est évident que les gens contribuent à des caisses de retraite. Il est clair que les femmes travaillent davantage et qu'elles contribuent donc au Régime de pensions du Canada et au Régime des rentes du Québec.

**Le sénateur Rompkey:** Cela n'a rien à voir avec d'autres facteurs? C'est la principale raison?

**M. Berthelot:** Il pourrait y avoir d'autres facteurs. Je n'ai pas étudié la question de près, mais il pourrait y avoir d'autres facteurs touchant à l'admissibilité à la Sécurité de la vieillesse ou au SRG. M. Murphy pourrait peut-être ajouter quelques remarques.

**M. Brian Murphy, gestionnaire, Statistique Canada:** Je m'appelle Brian Murphy et je travaille à Statistique Canada. Les rapports comprenaient des données remontant à 1971, quand le RPC était vieux de six ou sept ans. La principale raison de l'augmentation serait dès lors la maturation du RPC, les gens commençant à percevoir leurs prestations par répartition.

Nous constatons aujourd'hui que les proportions sont très élevées et qu'elles ne bougent pas. Soixante-quinze pour cent des revenus des personnes âgées proviennent des transferts. C'est énorme. C'est très élevé et c'est relativement stable.

**Le sénateur Graham:** Je tiens à remercier les témoins pour leurs exposés qui ont été très intéressants.

Il se trouve que j'étais le chef de Cabinet d'Allan McEachen quand l'assurance-maladie est entrée en vigueur. Je connais donc cette histoire et j'éprouve envers les statistiques que nous vous avez fournies plus qu'un simple intérêt, surtout à mon âge. Je suis toujours plus à l'aise quand je me retrouve dans la même pièce que les sénateurs Keon et Morin.

Vous m'avez rendu un peu nerveux tout à l'heure quand vous avez parlé de capitalisation anticipée plutôt que de financement par répartition, parce que je ne pouvais pas m'empêcher de penser à la publicité télévisée de Don Harron sur le paiement des funérailles d'avance. Je me suis détendu après avoir entendu les remarques du sénateur Morin. Je me demandais pourquoi vous avez précisé que celui qui meurt est plus malade que celui qui continue de vivre. Même moi, je comprends ça.

Quand M. Brown nous a dit que, selon lui, il existe des méthodes pour contrôler les coûts des soins de santé, il a retenu mon attention. J'emboîte ici le pas au sénateur Rompkey, qui a déclaré tout à l'heure se réjouir que les gens viennent nous annoncer que nous n'aurons plus à payer autant pour le système de soins de santé au Canada. Mais alors, quelles sont ces méthodes que vous recommandez et que vous avez proposées à Santé Canada?

**M. Brown:** Nous les avons énoncées dans notre rapport d'aujourd'hui. Les actuaires reprendraient une partie des méthodes de contrôle des coûts utilisées par les assurances dans le secteur privé. Je dois préciser, avant d'aller plus loin, qu'avec la majorité de ces systèmes, 99 p. 100 de la population obtient tous les services dont elle a besoin, à un prix abordable. Ces principes de l'assurance privée seraient donc appliqués au secteur public et

and in fact are applied in most industrialized nations in the world, would be items like deductibles, copayments, and co-insurance.

The patient is a participant in the system and has an incentive to use it appropriately and efficiently. Thus we have built into the system reasons for the patient to choose palliative care over a more expensive alternative; to choose a clinic over an emergency room; or to choose a telephone triage over a clinic. Those are the types of principles that could be applied.

It may then be necessary to overcome the issues that will arise and are immediately obvious to everyone. There could be one-tenth of the population that will not find those systems to their advantage.

**Senator Graham:** What is the effect of income inequality on life expectancy?

**Mr. Brown:** It is extremely important. It is also highly correlated with education. Thus it is sometimes difficult to separate the two, but it is extremely important. It can be shown, for example, that in a country like Costa Rica, with relatively low per capita income but equitable distribution, life expectancy is far greater than one might expect. One of the reasons is the equity of the distribution of income, as well as their emphasis on public education and public health initiatives.

**Senator Graham:** Does it have the same effect on both men and women?

**Mr. Brown:** I do not know that I have seen the report broken down that way.

**Senator Morin:** Yes, it does.

**Senator Graham:** What differences in demographic trends exist for various ethnic groups in Canada? Does it matter whether one lives in rural or urban Canada?

**Mr. Brown:** My first response will be similar to several I have given this afternoon: I wish that I could get data that I could analyse to answer those questions. I cannot. That is one of the big problems.

Outside of not getting health care delivery data, there are some answers to your questions. Most immigrants to Canada take on the demographics of Canadians relatively rapidly. However, the aboriginal population is demographically remarkably different from the Canadian population without native ancestry. In some provinces, aboriginal people are becoming a sufficiently large percentage of the population to have a measurable impact on health care costs.

**Senator Graham:** What about the urban/rural question?

**Mr. Brown:** I would be taking a stab there, and I would rather not.

nous permettraient d'économiser. En fait, ils sont déjà utilisés par la majorité des pays industrialisés, par exemple, sous la forme de franchises, de quotes-parts et de coassurances.

Le patient participe au système et il est incité à l'utiliser de façon appropriée et efficace. Ainsi, nous donnons de bonnes raisons au patient d'opter pour des soins palliatifs plutôt que pour d'autres solutions plus coûteuses, de choisir une clinique plutôt qu'une salle d'urgence ou d'appeler le service de triage téléphonique plutôt que de se présenter directement à la clinique. Voilà les principes que nous appliquerions.

Il nous faudra évidemment répondre à la question que tout le monde a soulevée et qui saute immédiatement aux yeux: un dixième de la population jugera que ce système n'est pas intéressant pour elle.

**Le sénateur Graham:** Quels sont les effets de l'inégalité des revenus sur l'espérance de vie?

**M. Brown:** Ils sont très importants. Par ailleurs, on constate une forte corrélation avec le niveau d'instruction. Il est donc parfois difficile d'isoler les deux, mais l'effet est toujours très important. Il est facile à démontrer dans un pays comme le Costa Rica, par exemple, où le revenu par habitant est relativement faible mais où la répartition est équitable. L'espérance de vie y est beaucoup plus élevée que ce à quoi on pourrait s'attendre. Ici, ce qui joue, c'est la répartition équitable des revenus, de même que l'insistance placée sur les projets d'enseignement public et de santé publique.

**Le sénateur Graham:** Est-ce que l'effet est le même sur les hommes et sur les femmes?

**M. Brown:** Je ne pense pas avoir vu de rapport établissant ce genre de répartition.

**Le sénateur Morin:** Mais oui, il en existe.

**Le sénateur Graham:** Quelles différences existe-t-il sur le plan des tendances démographiques pour les différents groupes ethniques au Canada? Est-ce qu'il y a des différences pour les gens qui vivent en région rurale et ceux qui vivent en région urbaine au Canada?

**M. Brown:** Ma première réponse sera semblable à la plupart de celles que j'ai donné cet après-midi: j'aimerais avoir des données à analyser pour vous fournir une réponse. Je ne les ai pas. C'est un des gros problèmes.

Outre le fait que nous n'avons pas de données sur la prestation des soins de service, je peux tout de même vous fournir quelques réponses. La majorité des immigrants au Canada adoptent relativement vite les caractéristiques démographiques des Canadiens. En revanche, la population autochtone est remarquablement différente du reste de la population canadienne sur le plan démographique. Dans certaines provinces, les Autochtones constituent un pourcentage suffisamment important de la population pour avoir une incidence mesurable sur les coûts des soins de santé.

**Le sénateur Graham:** Et la différence entre les régions urbaines et les régions rurales?

**M. Brown:** Je ne préfère ne pas faire de devinette.



**The Chairman:** Does StatsCan have any comments to make on Senator Graham's questions?

**Mr. Lachapelle:** We have a significant amount of data on the demographic itself. It can be shown that there is a significant difference in the percentage of seniors between the regions and there will be more and more.

It can be shown that in rural areas in which we observe a large net migration, where many young people left, there will be a higher proportion of seniors and low fertility. That is why it begins to appear that the aging population is rural.

It is easy to find out those kinds of things. We can study it, and there have been some data collected.

It is more difficult with ethnic groups, except in aboriginal populations, where the proportion of seniors is much lower because the fertility rate is higher.

For other groups in the country, it is more complex. We know that 30 years ago, Newfoundland had the lowest proportion of seniors. In 20 or 25 years, Newfoundland will probably have the highest proportion, because their fertility rate is the lowest in the country and there is a lot of migration.

If your question were more in relation to the differential in the health condition, I would ask Mr. Berthelot to answer.

**Mr. Berthelot:** We have done some work on looking at how income is distributed in Canada at the provincial level and in the major metropolitan areas of 50,000 people or more. We have compared that with state information and metropolitan area data from the United States.

We find that there is a strong association in the U.S. between where the income is distributed and the mortality rate for the working age. There is no association in Canada, either at the provincial level or at the city level.

Why is that? There is a significant difference between the U.S. and Canada, between our education and health care systems. We have been working with Australia and we are initiating some work with Sweden to find out what their situation is. With Australia, we find similar results to Canada. There is something in their system, as in ours, that reduces the effect of income inequality.

Income inequality is greater for males than females and it is higher in the working age population. Among seniors, it is believed that there are what is called "healthy migrant effects." The elderly who are healthy move to places where the weather is better, such as Florida and Texas, and these places in the United States have a higher inequality measure. When one looks at seniors, the association is not really there, either in Canada or the U.S. It is a shallow association.

**Le président:** Les représentants de Statistique Canada ont-ils une réponse à fournir au sénateur Graham?

**M. Lachapelle:** Nous disposons de beaucoup de données sur les aspects démographiques. Il existe une importante différence dans les pourcentages de personnes âgées d'une région à l'autre, et ce sera de plus en plus le cas.

On peut montrer que, dans les régions rurales où l'on observe une migration nette importante marquée par le départ de nombreux jeunes, nous allons nous retrouver avec une proportion plus élevée de personnes âgées et un taux de fertilité plus bas. Voilà pourquoi il commence à y avoir des signes indiquant que le vieillissement de la population est un phénomène davantage rural.

Il est facile de trouver ce genre de renseignements. Des données ont été recueillies et nous pouvons les étudier.

En revanche, la chose est beaucoup plus difficile dans le cas des groupes ethniques, à l'exception des populations autochtones dont la proportion de personnes âgées est bien plus faible parce que le taux de fertilité est plus élevé.

Pour les autres groupes, le phénomène est plus complexe. Nous savons qu'il y a 30 ans, Terre-Neuve présentait la plus faible proportion de personnes âgées. Dans 20 ou 25 ans d'ici, cette province comptera sans doute le pourcentage le plus élevé de personnes âgées, parce que le taux de fertilité y est le plus faible au pays et que la migration y est importante.

Si votre question avait porté davantage sur la différence constatée sur le plan de l'état de santé, j'aurais demandé à M. Berthelot de vous répondre.

**M. Berthelot:** Nous nous sommes penchés sur la distribution des revenus au Canada, au niveau provincial et dans les principales régions métropolitaines de 50 000 habitants ou plus. Nous avons ensuite comparé les données obtenues avec l'information concernant les États et les régions métropolitaines aux États-Unis.

Nous avons constaté une étroite association, aux États-Unis, entre le revenu et le taux de mortalité, chez les personnes en âge de travailler. Cette association n'existe pas au Canada, ni à l'échelon provincial, ni à l'échelon municipal.

Pourquoi donc? Il existe une importante différence dans les systèmes d'enseignement et de soins de santé entre le Canada et les États-Unis. Nous avons collaboré avec l'Autriche et avons amorcé un certain travail avec la Suède pour savoir où elle en est. Pour ce qui est de l'Autriche, les résultats sont les mêmes qu'au Canada. Quelque chose, dans le système autrichien, permet d'atténuer l'inégalité des revenus, comme chez nous.

L'inégalité des revenus est plus importante dans le cas des hommes que des femmes et elle est supérieure pour la population en âge de travailler. Chez les personnes âgées, on croit qu'il existe des «effets de migrants sains». Les personnes âgées les plus saines vont dans des contrées où le climat est plus agréable, comme la Floride et le Texas aux États-Unis, soit dans des coins où l'inégalité mesurée est supérieure. Ainsi, quand on examine le cas des personnes âgées, cette association n'existe pas vraiment, pas plus au Canada qu'aux États-Unis. C'est une association superficielle.



**Senator Callbeck:** I know we are running out of time, so I will ask one brief question of Mr. Brown.

In point three in your summary, the last sentence says: "The population needs to be better informed about the costs of medical care."

I should like to hear your ideas as to how that should be done. Are you thinking of sending out a statement at the end of the year, telling each person how much he or she cost the health system? What are your ideas? You seem to be saying that if the public is better informed, health costs would decrease. Do you have any facts to back that up?

**Mr. Brown:** At the moment, most provinces in Canada would not be able to send a statement at the end of each year showing what had been billed because the data do not exist in a format that would make that economically feasible. Therefore, the education may have to be at more of a macro level. I am hoping, and I believe, that much of the work that this committee will do will provide education to Canadians about health care.

It is my perception that Canadians perceive health care as being a free commodity. Canadians need reminding once in a while that health care is not a free commodity. It does come at a cost. Some activities and processes are higher cost than others.

I would say that honourable senators have the opportunity to start the education process. Would that have an impact on saving money? Yes, I think it would. Other countries have done this in aiming to decrease costs, and I think public education should assist us in creating a more efficient and effective system.

**The Chairman:** I am fascinated by your comments to Senator Morin on the high cost of the last year or two of life. Let us suppose that the average life expectancy is 10 years less than it is. Let us suppose we have the same number of people that we have today. Then in fact we would not save much on the health care system because the same number of people would be dying in any given year and we would still be incurring that cost. Is that basically right?

In other words, the real problem is not that the population is getting older, it is that more people are dying in any one year. We happen to say that they are all old. Have we in a sense been defining the problem incorrectly?

**Mr. Brown:** I would agree with that. I would also say that the projections that many people do, assuming that these costs are a function of an age group, will then overstate the impact of population aging and the effect that will have on health care. In fact the period prior to death is the driving force.

**The Chairman:** For the record, you showed in one table roughly a \$60,000 or \$70,000 difference between people who had living wills and those who did not. For anyone familiar with U.S.

**Le sénateur Callbeck:** Comme je sais que nous commençons à manquer de temps, je vais poser une brève question à M. Brown.

Au point trois de votre sommaire, à la dernière phrase, vous dites: «La population doit être mieux informée des coûts des soins médicaux.»

Comment pourrions-nous nous y prendre, selon vous? Avez-vous l'intention d'envoyer des relevés à la fin de l'année pour dire à chaque personne combien elle a coûté au système de santé? À quoi pensez-vous au juste? Vous semblez dire que si le public était mieux informé, nous pourrions réduire les coûts de santé. Est-ce que vous pouvez vous appuyer sur des faits pour affirmer cela?

**M. Brown:** Pour l'instant, la plupart des provinces au Canada ne seraient pas en mesure d'envoyer un tel relevé à la fin de l'année, pour montrer les montants facturés pour chaque personne, parce qu'on ne dispose pas des données d'une façon qui soit économiquement réalisable. Ainsi, il faudra peut-être éduquer les gens à un niveau beaucoup plus général. J'espère et je crois que la majorité du travail réalisé par ce comité permettra d'informer les Canadiens à propos des soins de santé.

J'ai l'impression que, pour les Canadiens, les soins de santé sont quelque chose de gratuit. Il faut leur rappeler, une fois de temps en temps, que tel n'est pas le cas. Il y a un coût qui se rajoute à la santé. Certaines activités et certains procédés coûtent plus cher que d'autres.

Je pense que les sénateurs que vous êtes ont la possibilité d'amorcer ce processus d'information du public. Cela nous permettra-t-il de faire des économies? Oui, je le pense. D'autres pays ont fait la même chose pour essayer de réduire leurs coûts de santé et je pense que l'information du public pourrait contribuer à un système plus efficace et plus efficient.

**Le président:** Je suis fasciné par ce que vous venez de dire à la suite de la question du sénateur Morin sur les coûts élevés associés à la dernière année ou aux deux dernières années de vie. Supposons que l'espérance de vie moyenne soit de 10 ans inférieure à ce qu'elle est actuellement. Supposons que nous ayons la même population qu'à l'heure actuelle. Si tel était le cas, nous n'économiserions pas énormément en soins de santé, parce que nous aurions le même nombre de personnes décédant dans une année donnée et que nous devrions tout de même absorber la facture. Je n'ai pas raison?

Autrement dit, le vrai problème, ce n'est pas que la population vieillit, c'est que davantage de gens meurent dans une année donnée. Nous disons qu'elles sont vieilles. Est-ce que, dans un certain sens, on ne se serait pas trompé dans l'énoncé du problème?

**M. Brown:** Je suis assez d'accord avec ce que vous venez de dire. J'ajouterais que les projections réalisées par beaucoup, qui supposent que ces coûts sont fonction d'un groupe d'âge, surévaluent le vieillissement de la population et son incidence sur les soins de santé. En fait, ce qui compte le plus, c'est la période qui précède le décès.

**Le président:** Je rappelle que vous nous avez montré un tableau signalant un écart d'à peu près 60 000 ou 70 000 \$ entre les personnes ayant signé un testament euthanasique et les autres.

health care costs, that is probably only five or six days. That is not a huge amount of time.

**Mr. Brown:** Those are U.S. data.

**The Chairman:** Unfortunately, my family had some experience with the U.S. health system last year.

**Senator Morin:** The absolute numbers are surprising.

**The Chairman:** I thank all of you for coming. I know we went on longer than we expected, but that seems to be what happens when we hear interesting witnesses.

Our last panel of witnesses today includes, from the Conference Board of Canada, Mr. Frank and Mr. Brimacombe; and also, from the National Advisory Council on Aging, we have Dr. Gordon.

I will ask Mr. Frank to begin because I know he has a presentation. We will then turn to Mr. Gordon, who will be making some comments on the basis of Mr. Frank's presentation.

Thank you for coming and for being so patient.

**Dr. James G. Frank, Chief Economist and Vice-President, Conference Board of Canada:** Honourable senators, Mr. Brimacombe and I are very pleased to be here this afternoon to speak to you about some of the work we have been doing. We want to compliment the committee for undertaking this initiative.

I want to tell you briefly about the conference board because we are a somewhat different organization. We are a not-for-profit research outfit. Our mission is to assist members in anticipating and responding to changes in the global economy. That is quite a large mission. The more important part is that we are non-policy prescriptive. Thus, we tend not to advocate one perspective over another and we try to present research to inform our listeners, our members, or the general public on issues that we are studying.

Five years ago, we initiated a project called "Performance and Potential." At that time, we took the position that a high and sustainable quality of life was what society was really about and that we would look in a disciplined way at the drivers of that high and sustainable quality of life. Our fifth report was released last fall and we have provided copies of the executive summary for you, if you are interested, in both official languages. By the way, it covers many other issues not related to health care, although there is a section in there on that.

Our reports focus on what we call the "underpinnings" of a high and sustainable quality of life — things like our productivity and fiscal balances, debt levels, industrial competitiveness and social policy.

Pour ceux qui connaissent les coûts de soins de santé aux États-Unis, cela ne représente sans doute que cinq ou six jours. Ce n'est pas beaucoup.

**M. Brown:** Mais ce sont les données américaines.

**Le président:** Malheureusement, ma famille a dû goûter au système de santé américain l'année dernière.

**Le sénateur Morin:** Les chiffres absolus sont surprenants.

**Le président:** Je vous remercie tous de votre visite. Je suis conscient que nous avons un peu débordé, mais c'est ce qui se produit quand nous avons des témoins intéressants.

Notre dernier groupe de témoins pour aujourd'hui est composé de MM. Frank et Brimacombe, du Conference Board du Canada, de même que du Dr Gordon, du Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Je vais inviter M. Frank à commencer, parce que je sais qu'il a un exposé à faire. Nous passerons ensuite à M. Gordon, qui nous fera quelques remarques après l'exposé de M. Frank.

Merci beaucoup d'avoir répondu à notre invitation et d'avoir été aussi patients.

**M. James G. Frank, chef économiste et vice-président, Conference Board du Canada:** Honorables sénateurs, M. Brimacombe et moi-même sommes très heureux de l'occasion qui nous est donnée, cet après-midi, de vous entretenir des travaux que nous sommes en train de faire. Nous tenons à féliciter le comité d'avoir entrepris cette initiative.

Je vais vous parler brièvement du Conference Board, parce que nous sommes un organisme un peu différent des autres. Nous sommes une organisation de recherche sans but lucratif. Notre mission est d'aider nos membres à se préparer aux changements survenant dans l'économie mondiale et à s'y adapter. Il s'agit d'une mission plutôt vaste. Par-dessus tout, nous ne recommandons pas de politique en particulier, de sorte que nous ne défendons pas tel point de vue plutôt que tel autre mais que nous essayons de présenter le résultat des recherches pour informer notre auditoire, nos membres et le public en général sur les questions que nous étudions.

Il y a cinq ans, nous avons lancé un projet baptisé «Rendement et potentiel». À l'époque, nous nous étions dit qu'une société devait rechercher une qualité de vie supérieure et durable, et que nous allions nous pencher, de façon stricte, sur les moteurs d'une telle qualité de vie. Notre cinquième rapport a été publié à l'automne dernier et nous vous avons fait remettre des exemplaires du sommaire dans les deux langues officielles, au cas où vous voudriez en prendre connaissance. Soit dit en passant, il est question, dans ce rapport, de bien des enjeux qui n'ont rien à voir avec les soins de santé, mais ce domaine fait l'objet d'une section à part.

Nos rapports du genre sont axés sur ce que nous appelons les «fondements» d'une qualité de vie supérieure et durable — autrement dit des choses comme la productivité et l'équilibre budgétaire, l'importance de la dette, la concurrence industrielle et la politique sociale.



In 1996, we called attention to those things that we thought would help us to develop a sustainable social policy that was affordable, effective and accountable, and that the taxpayers would also support.

We believe that the health care system is an important determinant of Canadians' quality of life. That contributes also to our industrial competitiveness, which is important as well.

Since the early part of the 1990s, the number one policy issue has been health care and its future. The current debate seems to have focused on two separate but related issues: first, timely access to quality health care; and second, the overall financial sustainability of the system. Framed in another way, the issues boil down to money and structure.

While there are many published figures on population projections, and you have discussed them today, there are two things that I wish to put on the table. Right now, the proportion of the population aged 55 and over is about 22 per cent. In our economic analyses, we do a significant amount of work on population and we figure that will jump to 32 per cent by 2020.

As our society ages, we look at the relationship between our aging population and health care expenditures. This is the topic that you are discussing now.

There is a table in the handout I have given you and I want you to notice what happens at about the 45-to-54 age group. At that point, current expenditures would be about \$1,140 a head for males and about \$1,345 for females. These expenditures essentially double every 10 years after that.

This is interesting information because it is one of the few cases where you find exponential increases in a data set like that.

When we know, or understand, that the proportion of our population heading into that 55-plus age group will increase, we can understand that our health care expenditures will rise fairly sharply as a result of aging alone over the next 20 years.

It is true that the impact of a growing and aging population will not happen overnight. We think there will be time to find some approaches that may be helpful in meeting these twin objectives of timely access and affordable financial structures.

In many respects, the debate is about how the options we will identify in meetings like this, and in the near term, will alter the choices that we have to make in the future. From our perspective, there are numerous policy roads that Canada could take, the most fundamental of which is the respective role of the public and private sectors, both from a financing and a delivery point of view. At the same time, there is a larger strategic policy issue that Canadians must consider and we wish to bring this to your attention today. Every additional dollar we spend from the public purse on health care is one less dollar that we can spend on education, social services, and perhaps even debt reduction, if that is a priority for you, or other important policy issues in the public sector.

En 1996, nous avons attiré l'attention sur les facteurs qui, selon nous, pouvaient nous aider à élaborer une politique sociale durable, abordable, efficace et responsable, qui bénéficierait de l'appui des contribuables.

Nous pensons que le système de soins de santé est un important déterminant de la qualité de vie des Canadiens. Il contribue aussi à notre compétitivité industrielle, qui est également très importante.

Depuis le début des années 90, les soins de santé et leur avenir constituent la question la plus importante en matière de politique publique. Le débat actuel semble se concentrer sur deux questions distinctes, mais liées entre elles: l'accès, au moment voulu, à des soins de santé de qualité et la viabilité financière du système. Autrement dit, tout cela est question d'argent et de structure.

Les publications sur les projections démographiques abondent, et vous en avez parlé aujourd'hui, mais il y a deux choses que je désire mentionner à cet égard. À l'heure actuelle, on compte environ 22 p. 100 de personnes âgées de 55 ans et plus. Nous travaillons beaucoup, pour nos analyses, sur les questions de démographie et nous avons conclu que cette proportion allait passer à 32 p. 100 d'ici 2020.

Face au phénomène du vieillissement de la population, nous examinons la relation entre une population qui vieillit et les dépenses de soins de santé. C'est précisément le sujet dont vous parlez aujourd'hui.

Dans le mémoire que je vous ai fait distribuer, vous trouverez un tableau montrant notamment les dépenses pour le groupe des 45 à 54 ans. Pour l'instant, il en coûte quelque 1 140 \$ pour les hommes et 1 345 \$ pour les femmes. Au bout de dix ans, ces dépenses doublent.

C'est là une information intéressante, parce qu'elle montre un des rares cas où l'on assiste à une augmentation exponentielle pour des données du genre.

On peut comprendre que, quand le pourcentage des 55 ans et plus va augmenter, nos dépenses en soins de santé vont augmenter considérablement dans les 20 prochaines années, sous l'effet du seul vieillissement.

Il est vrai que la croissance démographique et le vieillissement de la population n'auront pas un impact immédiat. Nous aurons le temps de trouver des solutions qui pourraient nous permettre de faire face au double objectif de l'accès opportun aux soins de santé et des structures financières abordables.

À bien des égards, le débat consiste à déterminer en quoi les options que nous allons dégager à moyen terme et à l'occasion de réunions comme celle-ci vont influencer les choix que nous aurons à faire dans l'avenir. De notre point de vue, il existe de nombreuses pistes de politique que le Canada pourrait suivre, les plus fondamentales touchant aux rôles respectifs du secteur public et du secteur privé, tant du point de vue du financement que de celui de la prestation des services. D'un autre côté, les Canadiens et les Canadiennes doivent maintenant prendre en compte une question de politique stratégique plus vaste, et nous entendons la porter à votre attention aujourd'hui. Chaque dollar public supplémentaire que nous consacrons aux soins de santé est un dollar de moins que nous pouvons dépenser dans l'enseignement.

While health care is clearly a fundamental service, we must remember that there are other important sectors in society that have a legitimate claim on the public purse. Given the challenges that face the health care system, the conference board released two studies, one on British Columbia and one on Ontario, for the last year that isolated the impact of aging, total public health care spending, and its relationship to provincial government revenues, which, of course, must pay for this.

We looked at this over the next 20 years. We had two research questions. First, what was the impact of aging on total public spending and the changing volumes of per capita utilization rates over that period? Second, what proportion of public revenues would be consumed in an unconstrained growth of health care spending?

**The Chairman:** Can you speak more slowly? That was a problem with the previous witness too. The translators are out of breath.

**Mr. Frank:** I apologize. I was mindful of the time. I will slow down.

How would Canada's aging population affect total public spending over the next two decades? That was one element of it, of course. What proportion of public revenues would be allocated to health care if we did not put a lid on those expenditure changes over time?

I want to underscore this approach, because while others have undertaken analyses as well, we have taken it a step further, with our provincial forecasting and modelling capabilities, to estimate provincial revenues and the share of those revenues allocated to health care.

In doing these two studies, I emphasize that our forecasting models, and this analysis of the future, are always built on a number of assumptions and economic relationships. I will speak to a few of them in a minute. However, I raise the point now because when one undertakes projections about future public spending on health and its relationship to government revenues, the question is not necessarily whether we are right with the specifics of the analysis, but more importantly, whether the information will serve to mobilize public opinion toward change and examination of the issues embedded in the subject being studied.

In our research, we take the historical record of changes in health care services, in real or volume terms, for each of 18 age and sex groups as our starting point. We then project forward from the most recent year, based on these real expenditures per person

les services sociaux et peut-être même la réduction de la dette, si c'est votre priorité, ou d'autres enjeux importants du secteur public.

Bien que les soins de santé soient un service fondamental, nous ne devons pas oublier qu'il existe d'autres secteurs importants dans la société qui peuvent légitimement prétendre à des fonds publics. Constatant les défis auxquels le système de santé est confronté, le Conference Board a publié deux études concernant la situation des 12 derniers mois, l'une en Colombie-Britannique et l'autre en Ontario, à l'occasion de laquelle nous avons isolé les répercussions du vieillissement, les dépenses publiques totales consacrées aux soins de santé et les relations entre ces dépenses et les recettes des gouvernements provinciaux qui servent bien sûr à payer ce genre de dépenses.

Nous nous sommes demandés ce qui se passerait dans les 20 prochaines années, à partir de deux questions de recherche. D'abord, nous avons voulu savoir quelle serait l'incidence du vieillissement de la population sur les dépenses publiques totales ainsi que les changements de volume quant au taux d'utilisation par habitant pendant cette période. Deuxièmement, nous avons voulu déterminer le pourcentage de recettes publiques qui serait consacré à des dépenses de soins de santé ne faisant l'objet d'aucune limitation.

**Le président:** Pouvez-vous parler un peu plus lentement? C'était également le problème avec le témoin précédent. Les interprètes sont à bout de souffle.

**M. Frank:** Excusez-moi. Je surveillais l'horloge. Je vais ralentir.

Ainsi, quelle incidence le vieillissement de la population canadienne aura-t-il sur les dépenses publiques totales au cours des 20 prochaines années? Bien sûr, ce n'était qu'un élément de l'analyse. Quelle proportion de recettes publiques allons-nous consacrer aux soins de santé, si nous ne limitons pas les dépenses dans l'avenir?

Je me dois de bien préciser l'approche que nous avons adoptée, parce que d'autres ont effectué des analyses sur le même thème, mais nous, nous sommes allés un peu plus loin en nous livrant à des prévisions au niveau provincial et en recourant à nos capacités de modélisation pour estimer les recettes provinciales et la part de recettes qui devrait être consacrée aux soins de santé.

Pour ces deux études, je dois insister sur le fait que nos modèles de prévision et cette analyse prévisionnelle sont fondés sur un certain nombre d'hypothèses et de relations d'ordre économique. Je vous en parlerai dans un instant. Je voulais soulever cet aspect tout de suite, parce que quand on se livre ainsi à des prévisions touchant aux dépenses publiques en santé et au lien existant entre ces dépenses et les recettes gouvernementales, la question n'est pas tant de savoir si l'analyse est bonne au niveau du détail, mais si les informations vont permettre de mobiliser l'opinion publique pour changer les choses et examiner les questions gravitant autour du sujet étudié.

Nous sommes partis des données historiques concernant les changements survenus dans les services de soins de santé, en termes réels ou en termes de volume, pour chaque groupe hommes-femmes de 18 ans et plus. Nous avons ensuite effectué



and the population distribution. In our analysis, we assume no new programs. This is the base case outlook with what we have in place now.

We assume that governments will achieve balanced budgets and hold them there for the next two decades. We also hold tax rates constant. Based on our projections of future economic growth, in each of the provinces or in the country as a whole, for example, we can calculate total government revenues.

What did we find? As a share of government revenues, expenditures in British Columbia would rise from about 38 per cent to 53 per cent in 20 years. In Ontario, it would rise from about 36 per cent now to 47 per cent in 20 years.

In each case, our projections show that the costs of the aging population and the current practices in health care will absorb roughly one half of government revenues in 20 years.

We understand the limitations of undertaking analyses like this. We do long-term forecasting all the time. In particular, we understand that health care systems are dynamic and that they change over time. As a consequence, some will argue that we have overestimated future health care expenditures, and some will argue that we have underestimated them. However, let me make a few comments about what was not included in this analysis. This is more interesting in some respects.

My point is to suggest that the projected cost of health care could well be an underestimate of what will occur. Here are the reasons. First, we made no adjustments in the cost of salaries to health care staff, including physicians or nurses or physiotherapists or any others, beyond 2.2 per cent per year, which is the base case inflation outlook over the next 20 years.

If we are wrong on that, obviously we have underestimated the cost today, but not the volumes of services.

Second, we made no assumptions about the expansion of public funding for home care or pharmacare. In other words, the boundaries of medicare, as we know them, are held constant in this work.

Third, we made no adjustments to the range of services that were either no longer covered or could be added under medicare. This would take us into the discussion about medically necessary services and comprehensiveness — a discussion that is important because pressures to expand coverage will likely flow from increased technological breakthroughs related especially to the human genome project over the next decade, or possibilities around reproductive technologies.

une projection à partir de l'année la plus récente, pour ce qui est des dépenses réelles par personne et de la répartition démographique. Dans notre analyse, nous n'avons supposé la mise en oeuvre d'aucun nouveau programme. Voilà quelle est la perspective de base que nous avons établie.

Nous supposons que tous les gouvernements auront atteint l'équilibre budgétaire et qu'ils s'en tiendront à cette situation au cours des 20 prochaines années. Nous avons, par ailleurs, imaginé des taux d'imposition constants. D'après nos projections de croissance économique pour chaque province ou pour le pays en général, nous avons calculé les recettes totales des gouvernements.

Et qu'avons-nous trouvé? Eh bien, les dépenses de la Colombie-Britannique, qui représentent une partie des recettes gouvernementales, augmenteraient de 38 à 53 p. 100 sur une période de 20 ans. En Ontario, elles passeraient d'environ 36 p. 100 à 47 p. 100 sur une période de 20 ans.

Dans chaque cas, nos prévisions montrent que les coûts associés au vieillissement de la population et aux actuelles pratiques en matière de soins de santé absorberont grosso modo la moitié des recettes gouvernementales dans 20 ans d'ici.

Nous sommes tout à fait conscients des limitations que comporte des analyses comme celle-ci. Nous sommes habitués à des prévisions à long terme. Nous comprenons que les systèmes de soins de santé sont dynamiques et qu'ils évoluent dans le temps. Ce faisant, certains soutiendront que nous avons surestimé les futures dépenses de soins de santé et d'autres, que nous les avons sous-estimées. Quoi qu'il en soit, permettez-moi de vous parler maintenant de ce que nous n'avons pas inclus dans notre analyse. C'est sans doute ce qu'il y a de plus intéressant, à certains égards.

Je veux en venir à ceci: il est fort possible que nous ayons sous-estimé ce que seront les coûts des soins de santé, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, nous n'avons qu'un ajustement de 2,2 p. 100 par an au titre des coûts salariaux du personnel employé dans le domaine des soins de santé, c'est-à-dire les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes et les autres, ce qui correspond à l'inflation de base projetée pour les 20 prochaines années.

Si nous nous sommes trompés, il est évident que nous aurons sous-estimé les coûts, mais certainement pas le volume de service.

Deuxièmement, nous n'avons émis aucune hypothèse quant à la progression du financement public pour les soins à domicile ou à l'assurance médicament. Autrement dit, nous avons considéré que les limites actuelles de l'assurance-maladie ne seraient pas modifiées.

Troisièmement, nous n'avons apporté aucun ajustement à la gamme des services qui pourraient ne plus être assurés ou, au contraire, qui pourraient être inclus dans l'assurance-maladie. Cela pourrait nous entraîner dans une discussion sur les services médicalement nécessaires et sur l'exhaustivité des services médicaux — discussion qui est importante, parce que les percées technologiques auxquelles il faut s'attendre au cours de la prochaine décennie, notamment dans le domaine du génome humain ou l'application possible des technologies reproductives.

Fourth, in the next decade, we can expect that it will become practical to design drugs for individuals. What we do not know is how expensive this will be. We can expect, though, that there will be public pressure to have these modalities covered under the current approach to health care. As we look at these costs of drugs, which of course are growing rapidly, we are reminded of the impact of technology and what can be done on the frontiers of science. Whether state-of-the-art diagnoses and treatments should immediately be included under medicare will be hotly debated. We made no assumptions about quantum changes along these lines.

Fifth, there are possibilities for achieving further efficiencies in the system. While there are a number of experiments going on, such as with new models for delivering primary care treatment, we incorporated no assumptions into this work about the financial impact of that kind of structural change.

Finally, in our model we assumed that net international migration will stand at 225,000 in the year 2020. That is equivalent to 285,000 gross international migration into Canada.

This is important because if there is a net reduction in the level of migration into Canada, there will be fewer people working, less income taxes collected; however, of course expenditures on health care will be relatively little affected. Hence, the cost to provincial governments will in fact be higher than we have estimated.

I mention these six items to emphasize we took a cautious approach to the question of forecasting costs and government revenues. Note that there is no recession in the forecast over the next 20 years. Yet we have, I would say, quite large increases in costs as a share of revenues, based on essentially leaving the structure as we know it today in place.

It yields, as I said, approximately one half — 45 to 50 per cent — of provincial revenues devoted to health care.

Suffice it to say that this is a critical area of research inquiry that is worthy of additional investigation. Recognizing that health care systems are dynamic and that they adapt, we need to do more to understand how they could evolve over time to address the pressures associated with a growing and aging population, notwithstanding new technologies and advances in science.

To partly address these issues, the conference board, as part of its leaders' round table on health, health care and wellness, is in the process of developing a number of projected scenarios that

vont exercer des pressions dans le sens d'une ouverture de la couverture offerte par l'assurance-maladie.

Quatrièmement, nous devons nous attendre à ce qu'il soit possible, dans le courant de la prochaine décennie, de concevoir des médicaments ciblés sur le patient. Nous ne savons pas encore combien cela va coûter. Nous devons toutefois nous attendre à ce que le public fasse pression pour que ce genre de modalité soit intégrée aux actuels programmes de soins de santé. Quand on songe au coût de tels médicaments, qui vont bien sûr augmenter très rapidement, on ne peut oublier les effets de la technologie, ni ce qu'il sera possible de faire aux frontières de la science. La prise en compte immédiate par le régime d'assurance-maladie de diagnostics et de traitements à la pointe du progrès fera l'objet de débats animés. Quant à nous, nous n'avons prévu aucun changement d'envergure sur ce plan.

Cinquièmement, il sera toujours possible de rendre le système plus efficace. Bien que plusieurs expériences soient en cours, par exemple en ce qui a trait aux nouveaux modèles de traitement de soins primaires, nous n'avons formulé aucune hypothèse dans notre étude quant aux effets financiers d'un tel changement structurel.

Enfin, dans notre modèle, nous avons supposé une migration internationale nette demeurant à 225 000 personnes en 2020. Cela équivaut à une migration internationale brute de 285 000 personnes au Canada.

Cela est important, parce que si l'on assistait à une réduction nette du niveau d'immigration au Canada, nous nous retrouverions avec une population active moins importante et une assiette fiscale réduite, sans pour autant que les dépenses en soins de santé soient terriblement modifiées. Dans un tel scénario, les coûts pour les gouvernements provinciaux seraient plus élevés que ceux que nous avons estimés.

Je vous ai signalé ces six éléments parce que je tenais à vous souligner que nous avons adopté une approche prudente vis-à-vis de la prévision des recettes gouvernementales. Vous constaterez, par ailleurs, que nous n'avons prévu aucune récession dans nos prévisions au cours des 20 prochaines années. Cependant, nous avons envisagé une augmentation très importante de la proportion des coûts par rapport aux recettes, uniquement parce que la structure demeurerait inchangée.

Ce faisant, près de la moitié — 45 à 50 p. 100 — des recettes provinciales seront consacrées aux soins de santé.

Inutile de vous préciser qu'il s'agit-là d'un domaine de recherche critique qui mérite une étude plus poussée. Comme les systèmes de soins de santé sont dynamiques, nous devons faire davantage pour essayer de comprendre comment ils pourraient évoluer dans le temps afin de répondre aux pressions associées à la croissance démographique et au vieillissement de la population, sans tenir compte de l'incidence des nouvelles technologies ni des progrès de la science.

Afin de régler en partie ces questions, dans le cadre de sa table ronde des dirigeants sur les thèmes de la santé, des soins de santé et du bien-être, le Conference Board est en train d'élaborer



will focus on the impact of different structural changes. We hope to have that work done later this year.

While one can debate our ability to look into the future, one cannot dispute the fact that, given limited public resources for a number of competing programs, governments will continue to face a daunting task in making serious political and policy decisions. This means that while some programs receive additional funding, others will receive less. Looking at the last four years of provincial budgets, we can show that 62 per cent of the increase in provincial spending over that period went to health care alone. That does not include the results of the September 1, 2000 ministers' accord.

Over the short term, governments have the chance to make these choices. Over the medium to long term, though, one cannot ignore the claims from other programs such as education, social services, or even debt reduction. Clearly, the debate to date has not been able to step back from the health care vortex and see that there is a much larger picture, bringing with it a broader array of competing public policy objectives.

In sum, while the future of our health care system is worthy of a significant amount of attention, we must also be sensitive to the other important investments, and their rates of return, that governments make on behalf of Canadians. As we think about the future, though, we must be mindful that our values as Canadians will be at the centre of the debate. We have published a major piece on both Canadian values and on values around health care, and they are available on our Web site.

Some difficult decisions will have to be made when it comes to the future of the health care system. We have some value tensions that I wish to summarize as I conclude.

First, how do we reconcile the issues of quality and affordability? Canadians want timely access to the best care possible, but how can our publicly funded system keep up? It would be safe to say that Canadians implicitly recognize that there will be trade-offs under our system. However, if the discrepancy between what Canadians feel is reasonable and necessary and what the system can provide grows, something will have to give. The research indicates that reasonably clearly.

A second values tension is how we reconcile providing everyone with relatively equal access to the same level of services and the desire of some people to pay out of pocket for faster or enhanced medically necessary services. Do we stop them from accessing services and recognize this as an inherent trade-off within our system, or do we allow people to spend their money, even if such services may not be medically necessary — this is

plusieurs scénarios d'avenir axés sur l'incidence de changements structurels différents. Nous espérons terminer ce travail plus tard cette année.

On pourra toujours douter de notre capacité de prévoir l'avenir, mais nul ne niera que, ne disposant que de fonds publics limités pour alimenter un nombre important de programmes, les gouvernements continueront de devoir prendre des décisions graves du point de vue de la politique et des politiques. Cela revient à dire que certains programmes recevront plus de fonds, tandis que d'autres en auront moins. À l'analyse des budgets provinciaux des quatre dernières années, on constate une augmentation de 62 p. 100 des dépenses provinciales sur cette période, au titre des soins de santé seulement. Et cela ne comprend pas les résultats de l'accord signé par les ministres le 1er septembre 2000.

À court terme, les gouvernements auront toujours le choix. À moyen et à long terme, ils ne pourront faire fi des exigences associées aux autres programmes, comme l'enseignement, les services sociaux et même la réduction de la dette. Il est évident que dans le débat qui s'est tenu jusqu'ici, nous n'avons pas pu nous décoller de l'agitation entourant les soins de santé, pour nous intéresser à la situation d'ensemble et tenir compte de tout un éventail d'objectifs de politique publique qui sont en concurrence les uns avec les autres.

Pour résumer, bien que l'avenir de notre système de soins de santé mérite une attention soutenue, nous ne devons pas perdre de vue les autres investissements importants, ni ce qu'ils vont nous rapporter, investissements que les gouvernements vont réaliser au nom des Canadiennes et des Canadiens. Quand on songe à notre avenir, il ne faut pas oublier que les valeurs que nous chérissons en tant que Canadiens se retrouveront au centre du débat. Nous avons publié un important document sur les valeurs des Canadiens et sur les valeurs associées aux soins de santé, document auquel on peut accéder sur notre site Web.

Il faudra prendre des décisions délicates quant à l'avenir du système de soins de santé. Nous sommes face à certaines valeurs qui s'opposent sur ce plan, et je vais vous les résumer en conclusion.

D'abord, comment réconcilier les questions de qualité et d'abordabilité? Les Canadiens veulent pouvoir accéder aux meilleurs soins possible, quand ils en ont besoin, mais comment allons-nous pouvoir le leur offrir dans le cadre d'un système financé par les deniers publics? On peut, sans trop craindre de se tromper, affirmer que les Canadiens reconnaissent implicitement que cela exigera des compromis. Cependant, si l'écart s'agrandit entre ce que les Canadiens jugent raisonnable et nécessaire et ce que le système peut leur offrir, il faudra renoncer à quelque chose. C'est, très clairement, ce que nous indique la recherche.

Par ailleurs, comment allons-nous parvenir à offrir à tout le monde un accès relativement équitable à des niveaux de service identiques, et à ceux qui le souhaitent la possibilité de payer de leur poche pour bénéficier de services médicalement nécessaires, plus rapides ou de qualité supérieure. Allons-nous les empêcher d'accéder à ce genre de service et considérer qu'il s'agit-là d'un compromis inhérent à notre système ou allons-nous permettre aux

the peace-of-mind argument — and what would be the repercussions of each approach?

The third and final tension arises around where the role of government begins and ends in maintaining people's health and where our individual responsibilities lie. Should government ensure the system adequately covers all costs for catastrophic illness and injury and leave the rest to the individual; or should the publicly funded system achieve a balance between covering treatment and prevention services; or should consideration be given to cost-sharing arrangements for some of these services — the so-called co-insurance approach?

Regardless of the policy road we choose, there is no escaping the issue of values when confronting health care. Values are present even when we talk about the status quo.

In closing, I commend the committee for inviting us here today and for taking a leadership role in examining the health care system and the federal role in any reforms that may be required. We hope that our discussion today will contribute to phase two of the committee's work, and Mr. Brimacombe and I would be happy to try to answer any questions that you may have.

**Dr. Michael Gordon, Member, National Advisory Council on Aging:** Honourable senators, I will make some preliminary comments. First, I am honoured to be here and honoured to represent NACA. You can probably tell from my accent that I am an American. I came to Canada 25 years ago. Part of the reason I live in Canada is because of the health care system. As someone who goes back and forth between Canada and the U.S. a lot, and who has family in the United States, I would say there is no contest in terms of health care systems.

I wish to frame something that may be different from the way some of the discussions have gone so far. I look at the aging of the population as one of the great successes of the health and social service systems. I am not sure how you run your lives, but I am willing to bet that you make decisions hoping that you will live a little longer. At the end of that little longer, you hope to be 80, 85 or 90, because you ate the right things and exercised. The triumph of social services and health care over the last number of decades has been the aging population. This is an enormous achievement. We must be very careful not to undermine that, because it is a non-renewable resource. My concerns relate in part to the threats to the integrity of what I believe is an outstanding health care system.

The National Advisory Council on Aging is pleased to present its views to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. On behalf of the council, I wish to thank you for your interest in this important issue of population aging.

gens qui le souhaitent de dépenser leur argent, même si de tels services ne sont pas médicalement nécessaires — ce qui nous ramène à l'argument de la tranquillité d'esprit. Quelles repercussions pourrait avoir chaque approche?

La troisième et dernière tension sur le plan des valeurs consiste à déterminer où finit la responsabilité du gouvernement en matière de santé de la population et où commence la responsabilité de chacun à cet égard. Le gouvernement devrait-il disposer d'un système d'assurance portant sur tous les coûts associés à une maladie ou à des blessures de nature catastrophique et demander aux particuliers d'assumer tout le reste? Le système public devrait-il viser un équilibre entre la couverture des traitements offerts et les services de prévention? Ou alors devrait-on envisager des modalités de partage des coûts pour certains de ces services, ce qu'on appelle la coassurance?

Quelle que soit la politique que nous adopterons, nous ne pourrions pas échapper au problème des valeurs concurrentes dans le domaine des soins de santé. Elles sont présentes, même quand on envisage le statu quo.

Pour terminer, je tiens à féliciter le comité de nous avoir invités ici aujourd'hui et d'avoir pris les reines en main pour étudier le système de soins de santé et le rôle que le gouvernement fédéral sera appelé à jouer dans toute réforme nécessaire. Nous espérons que nos débats d'aujourd'hui contribueront à la phase deux des travaux du comité et M. Brimacombe et moi-même serons heureux d'essayer de répondre aux questions que vous voudrez bien nous poser.

**M. Michael Gordon, membre, Conseil consultatif national sur le troisième âge:** Honorables sénateurs, je me propose de faire quelques remarques liminaires. Tout d'abord, sachez que je suis honoré de me trouver ici pour y représenter le CCNTA. Vous aurez certainement détecté à mon accent que je suis américain, mais il y a 25 ans que je suis au Canada. J'ai choisi ce pays, notamment parce que le système de santé y est meilleur. Moi qui fait souvent l'aller-retour entre le Canada et les États-Unis et qui ai beaucoup de famille dans ce dernier pays, je peux vous dire que nos systèmes de soins de santé ne se comparent pas.

Je vais aborder la discussion sous un angle un peu différent de celui qui a été adopté jusqu'ici. Je considère que le vieillissement de la population est une des grandes réussites de nos systèmes de santé et de services sociaux. Je ne sais pas comment vous vivez, mais je serais prêt à parier que vous vous êtes dit que vous alliez vivre un peu plus longtemps que vos ancêtres. Vous espérez arriver à 80, 85 et même 90 ans, parce que vous aurez mangé les bonnes choses et que vous aurez fait de l'exercice. La grande réussite des services sociaux et des soins de santé au cours des dernières décennies est le vieillissement de la population. C'est une réalisation fantastique. Nous devons veiller à ne pas saper cela, parce que c'est une ressource non renouvelable. Je suis notamment préoccupé par la menace qui pèse sur l'intégrité de notre système de santé tout à fait exceptionnel.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge est donc heureux de pouvoir exposer son point de vue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Au nom du Conseil, je tiens à vous remercier pour l'intérêt que



Our mandate, as you know, is to provide advice to the Minister of Health on issues related to aging. A number of publications have been issued over the past few years, summarizing, explaining and documenting the position papers. The positions that we have taken include the recent, "1999 and Beyond: Challenges to an Aging Society," and another more recent one on health care reform.

Speaking of the aging population, it is very diverse. I am a geriatrician, and we often say in geriatrics that, as you get older, you get more different from each other than when you were younger. That is contrary to the way we speak about the aging population. There is enormous diversity and capability in our elderly population.

The health status in the last 20 years has improved remarkably in most western countries, and certainly in Canada. Looking at the mortality and morbidity statistics, perhaps you believe the concepts of the "rectangularization" of the curve are true, that as you do the right things earlier, you will decrease the years of morbidity so that they are closer and closer to the end. Some people have challenged that, but there are many bases for understanding that we have remarkable improvements in many areas of aging.

A very large proportion of the aged have chronic health conditions. Some of these conditions are amenable to preventive, primary or secondary measures that are very important to take heed of and to implement where possible. We believe there has been an under-investment in prevention and health promotion in Canada. However, there are certain areas in which we do not know what we could do to prevent illness or promote health, and of course the outcomes of these decisions have a major impact on morbidity, mortality, quality of life, and cost. Alzheimer's disease is a prime example. We have no idea currently what to tell people to do to prevent it, yet if we could do that tomorrow, a huge cost of the health care system would disappear.

There are many opportunities in promotion and delivery of services. At NACA, we believe that the publicly funded system is key to a comprehensive, humane and appropriate health care system for our country.

I mentioned the health promotion component. There are many examples to focus on. A simple one that is high on the agenda for those of us who practice geriatrics is fall prevention and mobility. We know that relatively small investments, especially directed at the frail elderly population, can result in major benefits in terms of prevention of falls and the subsequent impact on morbidity and mortality costs and decreased quality of life. One of the major risk factors for entering a nursing home, for example, is a fall or a fracture and the consequences of that.

vous accordez à cette importante question qu'est le vieillissement de la population.

Comme vous le savez, notre mandat est de conseiller le ministre de la Santé sur toutes les questions touchant au vieillissement. Nous avons publié plusieurs documents au fil des années résumant, expliquant et étayant les documents de position. Récemment, nous avons notamment publié un rapport intitulé «1999 et après, les défis d'une société vieillissante» et un autre, après celui-là, sur la réforme des soins de santé.

Le vieillissement de la population n'a rien de monolithique. En gériatrie, qui est ma spécialité, on a coutume de dire qu'il y a plus de différences entre les personnes âgées qu'entre les jeunes. Cela va à l'encontre de la façon dont vous avez parlé de la population vieillissante. Cette tranche de population présente une diversité et des capacités énormes.

L'état de santé de la population au cours des 20 dernières années s'est considérablement amélioré dans la plupart des pays occidentaux, et très certainement au Canada. À l'analyse des statistiques sur la mortalité et la morbidité, on pourrait croire qu'on a réalisé la «quadrature du cercle» parce que, quand les gens font ce qu'il faut dans leurs jeunes années, la période de morbidité est comprimée et elle est de plus en plus proche de la fin. Certains ont remis cette théorie en question, mais nous ne manquons pas de preuve établissant que nous avons réalisé des progrès remarquables dans bien des facettes du vieillissement.

Une grande partie des personnes âgées est atteinte de maladies chroniques. Certaines de ces maladies se prêtent à des traitements préventifs, primaires ou secondaires dont il faut être conscient et qu'il convient de mettre en oeuvre le plus tôt possible. Nous estimons que nous n'avons pas assez investi dans la prévention et la promotion de la santé au Canada. Toutefois, il existe des domaines pour lesquels nous ne savons pas ce qu'il faudrait faire afin d'éviter la maladie et de promouvoir la santé, et bien sûr de telles décisions auront une incidence marquée sur la morbidité, la mortalité, la qualité de la vie et les coûts des soins. Je vous en citerai pour seul exemple l'Alzheimer. Nous ne savons pas, à l'heure actuelle, ce qu'il faut dire aux gens pour éviter cette maladie, mais si nous trouvons une solution demain, nous supprimerions un coût énorme pour le système de santé.

Nous ne manquons pas d'occasions de promouvoir et d'offrir des services. Au CCNTA, nous estimons qu'il est essentiel de disposer d'un système financé par les deniers publics pour offrir des soins de santé exhaustifs, humains et appropriés au Canada.

Je vous ai parlé de la dimension promotion de la santé. Nous avons bien des exemples à citer à cet égard. Par exemple, nous avons deux grandes priorités dans le domaine de la gériatrie: la prévention des chutes et la mobilité. Ces deux aspects ne nécessitent que des investissements minimes, essentiellement destinés à une population vieillissante fragile, mais les résultats peuvent être très intéressants sur le plan de la limitation des nombres de chutes et sur la répercussion que de tels incidents peuvent avoir sur les coûts associés à la morbidité et à la mortalité de même qu'à la diminution de la qualité de la vie. Les fractures à la suite d'une chute et leurs conséquences possibles sont les principales causes d'admission en foyer de soins.

We believe that primary care is an important component of a comprehensive health care system and that a greater focus should go into ensuring it exists throughout Canada. We know that there is an enormous disparity among different areas in Canada and also between urban and rural in terms of primary care access.

Our position, which we have taken strongly, is that home care should now be part of the health care system. The Canada Health Act, when constructed, had a rather limited view of health care, which at the time was perhaps appropriate. However, much of health care can now be delivered in the home. Many of the problems related to aging and function, rather than requiring high-tech treatments, require relatively low cost, but very important assistance in home care. We believe that this should become part of the health care system.

We would say the same thing about pharmacare. Many of the treatments and the improvements in care are related to the remarkable drugs that have now become available. We know that there are issues with drugs — and that is another agenda — on how to ensure that the price of drugs and their use is appropriate. I have sat on the Ontario provincial committee for drugs, so I am aware that there are many options available to ensure that proper pharmacare therapy is available.

We believe that the current access to drugs for seniors across the country is not acceptable. The funding systems in some provinces require that, for a very modest increase in your income, your cost of pharmacare escalate rapidly. That has an impact, therefore, on total income and quality of life.

Long-term care must be an important focus of the total health care system. At this time, we can project a greater need. Even with all the right things that we do in the area of necessary long-term care, many provinces are decreasing their funding and support for it. Thus, we are concerned about that.

The last component is palliative care, which I know was mentioned in the previous presentation. We believe, and I do not think this is news to anyone, that it is important to have a comprehensive palliative care system that is institutional or home-based — whatever is appropriate for the individual — and that the time has come to ensure that all Canadians who require palliative care have access to it. This is somewhat different from terminal care, because one deals with a time line and one deals with a process.

I want to make a statement based on some other discussions. My understanding of living wills — and there is a large supporting study in the United States — is that they did not lead to any significant changes in the actual resources used or the costs incurred. Not that I do not believe that living wills are useful, but they are mainly helpful to families making difficult decisions

Nous estimons que les soins primaires sont une dimension importante de tout système de soins de santé complets, et qu'il faudrait insister davantage sur ce genre de soins au Canada. Nous savons qu'il existe une énorme disparité entre les différentes régions du Canada, de même qu'entre les régions urbaines et rurales sur le plan de l'accès aux soins primaires.

Quant à nous, nous sommes intimement convaincus que les soins en foyer devraient faire partie du système de santé. Quand elle a été imaginée, la Loi canadienne sur la santé n'entretenait qu'une vision limitée des soins de santé, qui était peut-être appropriée à l'époque. Les choses ont changé depuis, puisqu'il est maintenant possible d'offrir la majorité des services de soins de santé à domicile. Une grande partie des problèmes associés au vieillissement et à la mobilité, n'exige pas de traitements de haute technologie, mais des traitements relativement peu coûteux qui constituent tout de même une assistance importante à domicile. Nous croyons que cela devrait être intégré au système de santé.

On pourrait dire la même chose de l'assurance-médicament. La majorité des traitements offerts et les améliorations apportées dans les soins sont associés aux remarquables médicaments maintenant disponibles. Il y a des problèmes — mais il s'agit d'un autre débat — qui consistent à s'assurer que les médicaments sont tarifés et utilisés de façon appropriée. J'ai siégé au Comité provincial de l'Ontario sur les médicaments et je suis au courant des nombreuses options dont nous pourrions nous prévaloir pour offrir des pharmacothérapies.

Nous estimons que les personnes âgées au Canada n'ont pas un accès suffisant aux médicaments. Selon les systèmes de financement provinciaux, pour toute augmentation très modeste du revenu, les personnes âgées doivent payer une part considérable du coût des médicaments. Ce faisant, on constate une répercussion sur leurs revenus et sur leur qualité de vie.

Les soins à long terme doivent constituer un volet important du système de soins de santé. Nous prévoyons un besoin important à cet égard. Malgré tout ce qui se fait de bien dans le domaine des soins de santé nécessaires à long terme, un grand nombre de provinces réduisent leur financement et leur appui sur ce plan. Cela nous préoccupe.

Le dernier volet est celui des soins palliatifs qui ont été mentionnés dans l'exposé précédent. Nous sommes convaincus, et cela ne surprendra personne, qu'il est important de disposer d'un système de soins palliatifs complet, en institution ou à domicile — selon ce qui convient le mieux à chacun — et nous estimons que le moment est venu de veiller à ce que tous les Canadiens qui ont besoin de soins palliatifs puissent en bénéficier. Les soins palliatifs sont différents des soins terminaux, parce que dans le premier cas il est question de soins offerts sur une certaine durée, alors que dans l'autre, il est question de procédures de traitement.

Je vais maintenant réagir à l'autre intervention. De nombreuses études conduites aux États-Unis établissent que les testaments euthanasiques n'ont pas beaucoup permis de réduire les ressources mobilisées ni les coûts entrant en jeu. Sans estimer que ces testaments sont inutiles, je crois qu'ils permettent simplement aux familles de prendre des décisions difficiles, parce qu'ils ne



because they are not addressed to doctors or nurses; they are addressed to family members.

We must put into perspective the importance of living wills as a method of communication, not of saving money. My understanding of the literature does not support that in the elderly population.

I would like to note that if we could only get rid of the last year of life, we would save a lot of money. The problem is that the last year is only known afterwards. If any of you here has dealt with older parents or family members, as I have done now twice, you realize that it is not known until the end that it is the last illness. One does not decide to forego surgery, as I went through with my father last week, and who is 89, because one may die from it. It is done because the person is vibrant and needs the surgery. Should he die in three weeks, one might say that that was a waste of money, but that is not the way we provide health care. We do not look from the back; we always look forward, fortunately.

We believe that there is more room for integration of structures within the system to make it work better and to improve access. We must remember that those who are lucky in their later years can be robust, active, and contribute enormously to the fabric of life. There are those who are unlucky, who are frail and needy, and we must not abandon them.

I do not believe that we are at a stage of catastrophic scenarios. It is tempting to make projections. I understand you take your figures and you move forward. However, some of the figures that were used in the 1970s are now out by 50 per cent or 60 per cent over the actual costs.

In conclusion, the council believes that a publicly funded system which can deliver quality of care to Canadians in an effective, efficient and humane manner, is the direction in which we must continue. We believe that demographic aging offers an important opportunity to modernize the health care system. We believe that the quality of care for seniors is one of the important issues in the health care system. We must be prepared to meet those challenges in a humane and respectful manner.

**The Chairman:** Having read the details of your recommendations, are you basically suggesting that the current program be not only maintained, but expanded? Second, you are suggesting that there be a publicly funded home care program. Third, you believe that there should be public funding of some kind of a drug program.

**Dr. Gordon:** Pharmacare, yes.

s'adressent pas vraiment ni aux médecins ni aux infirmières, mais aux membres des familles.

Il faut considérer que ce genre de testament est un moyen de communication, mais pas une façon d'économiser de l'argent. À ma connaissance, aucun document n'étaye cette théorie dans le cas de la population âgée.

Si nous pouvions supprimer la dernière année de vie, nous réaliserions d'importantes économies. Le problème c'est qu'on ne sait qu'après coup qu'il s'agissait bien de la dernière année. Si vous avez déjà eu à accompagner un parent âgé ou un membre de la famille mourant, moi je l'ai fait deux fois, vous savez que ce n'est qu'après à la fin qu'on sait qu'il s'agissait effectivement d'une maladie terminale. On ne refuse pas une chirurgie, comme cela m'est arrivé dans le cas de mon père de 89 ans, la semaine dernière, parce que le patient peut en mourir. On intervient parce que le malade est encore bien en vie et qu'il faut l'opérer. Quand il décède trois semaines plus tard, on peut toujours se dire que c'était un gaspillage d'argent, mais ce n'est pas ainsi qu'on aborde les soins de santé. Heureusement, on n'agit pas en fonction de ce qui s'est passé mais en fonction de ce qui peut se passer.

Nous estimons qu'il y a place à l'amélioration pour intégrer ce genre de structure dans le système de soins de santé afin qu'il fonctionne mieux et qu'on améliore l'accès. Nous ne devons pas oublier que les personnes qui ont de la chance peuvent, dans les dernières années de leur vie, être robustes, actives et contribuer énormément à notre tissu social. Et puis, il y a ceux qui ont moins de chance, qui sont fragiles et qui ont des besoins, mais que nous ne devons pas pour autant abandonner.

Je ne pense pas que nous en soyons dans ce scénario catastrophe. Il est tentant de se livrer à des projections. Je comprends que vous utilisiez des données pour faire des prévisions, mais cela s'est déjà fait dans les années 70 et l'on se rend compte que les données à l'époque avaient surévalué les coûts réels de 50 à 60 p. 100.

Pour conclure, sachez que notre conseil estime qu'un système financé par les deniers publics, apte à offrir des soins de santé de qualité à tous les Canadiens, de façon efficace, efficiente et humaine, représente la direction vers laquelle nous devons continuer de tendre. Nous estimons que le vieillissement de la population représente l'occasion de moderniser le système de soins de santé. Nous croyons que la qualité des soins offerts aux personnes âgées est un des aspects importants du système de soins de santé. Nous sommes prêts à relever ces défis, de façon humaine et respectueuse de l'être humain.

**Le président:** Après avoir énoncé vos recommandations, estimez-vous que le programme actuel devrait être élargi, plutôt que maintenu tel quel? Deuxièmement, vous recommandez l'instauration d'un programme de soins à domicile financé par les deniers publics. Troisièmement, vous croyez que nous devrions financer, avec les deniers publics, un programme quelconque pour payer les médicaments.

**M. Gordon:** C'est ça, je veux parler de l'assurance-médicament.

**The Chairman:** In terms of the value issue that Mr. Frank raised, it is clear what end of the spectrum you are on. This is not to say whether I agree with you or disagree with you, I am just trying to understand.

When you say things like "a publicly funded program," do you mean that the program should cover all Canadians or only some Canadians, and that it should be paid for out of the general tax revenues or that people ought to pay some money for services?

**Dr. Gordon:** I was not trying to define the system of payment. I talk about a publicly funded system, meaning that everyone is covered. It is universal. I believe that the five principles are as applicable today as they were when they were developed.

I believe all Canadians should be covered — young, middle aged and old should be covered. I believe that the challenge of coming up with such a system must be undertaken, whether it is through general taxation, a combination of taxation and copayments, or whatever other terms.

I authored an article some time ago on a tax-based but publicly funded universal system with different ways of bringing money in based on utilization. I think that there are many different models you can look at.

The principle is that it should be the same for everyone. I am concerned about the idea, having experienced it in different jurisdictions, of being able to access services because you have the money as opposed to because you have the need. The major resource limitation is the professionals. As I experienced in Great Britain, if some can buy their way to the head of the queue, the queues become longer.

It is the same person delivering the services. We do not have excess capacity. I do not know of any western country, including the United States, that has excess capacity of the key people such as doctors and nurses. I am very concerned about those models because I do not believe that they deal with the issue.

I would be willing to look at any structure for the financing, as long as universality and equity are maintained within it. We would need to be careful about copayments because they can come back and plague you. The issue in Quebec over seniors and drugs turned out to be more costly than what they had before.

One must be careful about where the money is being saved and where it is being spent. However, I am not an economist; I am only a doctor.

**Senator LeBreton:** When we talk about the aging population, and when we look at your graph in table 1 on page 3 of your submission, Mr. Frank, we are really talking about the upper end of the aging population putting more strain on the health care system, are we not?

**Le président:** Par rapport à la question des valeurs soulevée par M. Frank, on voit très bien de quel côté vous penchez. Cela ne revient pas à dire que je suis en accord ou en désaccord avec vous, mais j'essaie simplement de comprendre.

Quand vous parlez, par exemple, d'un «programme financé par les deniers publics», voulez-vous dire qu'il s'agirait d'un programme pour tous les Canadiens ou pour certains seulement? Ce serait un programme alimenté par les recettes fiscales générales ou est-ce que les gens devraient payer pour une partie des services utilisés?

**M. Gordon:** Je n'ai pas essayé de définir le système de paiement. Je veux parler d'un système financé par les deniers publics, ce qui veut dire que tout le monde est assuré. C'est un système universel. Je pense que les cinq principes de la loi s'appliquent aujourd'hui, tout comme à l'époque où ils ont été formulés.

Je crois que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes devraient être assurés — les jeunes, les personnes d'âge moyen et les personnes âgées. Je pense qu'il faut relever le défi que présente la mise en oeuvre d'un tel système, que ce soit par le truchement d'une imposition générale, par une combinaison imposition et quote-part ou par d'autres formules.

Il y a quelque temps, j'ai signé un article sur un système universel public, financé par les impôts, mais dont le financement serait fondé sur l'utilisation. Il existe bien des modèles dont on pourrait s'inspirer.

Le principe est celui de l'universalité. L'idée de favoriser l'accès à un système payant plutôt qu'à un système fondé sur les besoins me préoccupe, parce que j'en ai fait l'expérience dans d'autres pays. La principale limitation sur le plan des ressources est celle des professionnels de la santé. En Grande-Bretagne, j'ai constaté que les listes d'attente s'allongent parce qu'on permet à certains de passer devant.

Ce sont toujours les mêmes personnes qui offrent les services. Nous n'avons pas de capacité supplémentaire. Je ne connais pas de pays occidental, et ce n'est pas le cas des États-Unis, disposant d'une réserve de ressources clés que sont les médecins et les infirmières. Tous ces modèles m'inquiètent, parce que je ne pense pas qu'ils permettent de régler le fond du problème.

Je serais prêt à envisager toutes les structures de financement, à condition qu'on maintienne les principes d'universalité et d'équité. Attention aussi à la question des quotes-parts, parce que ce système pourrait revenir vous hanter. Au Québec, le système de remboursement des médicaments aux personnes âgées s'est avéré plus coûteux qu'il ne l'était avant.

Il faut être prudent quant à la façon dont on veut économiser et dépenser l'argent. Cependant, je ne suis pas économiste, je suis un simple médecin.

**Le sénateur LeBreton:** D'après votre graphique du tableau 1 à la page 3 de votre mémoire, monsieur Frank, on se rend compte que c'est vraiment la tranche supérieure de la population vieillissante qui coûte le plus cher au système de santé, n'est-ce pas?



We are all dealing with aging parents. My mother was perfectly healthy until she hit the age of 90. She was absolutely no burden at all, and then all of a sudden, in two years, she was in a care centre. When we talk about the aging population, what are we really talking about? Your table is interesting, but what does that really mean in terms of dollars in the health care system? Do we know how many people there are now over the age of 85 and will it be a problem that there will be more in that age group?

**Dr. Frank:** The simple answer is "yes." Mr. Brimacombe, I would like you to respond as well. We tend to focus on aging somewhat inappropriately. We are dealing with a population that has an age distribution. Everyone who studies this knows that was a baby boom generation and that it is just now starting to hit that early 50s period.

The distinction about aging *per se* not causing increased costs may be useful, but I am not persuaded of it. We incur many costs when we die: that is obvious. It is vital to understand that the population distribution is changing in a way that we have not experienced in Canada before. The mathematics of it, if you continue to use the same systems that you have now, and the same cost per person, will inevitably raise the total cost as you progress through time. That is what we have pointed out in this work.

Thus, I at least try to stay away from dealing solely with the aging point of the story. I think it is a much bigger story than that. However, the statistics on what happens when we get older are compelling. We tend to need to use the system more frequently. There is no debate about that.

The other point I wanted to make is about projections; my colleague made a comment about projections that proved to be inadequate. I live with this issue every day in my professional life. If one is doing a good job of this kind of work, the goal is to precipitate action to change the future. Obviously, if we are successful in finding ways to manage health care more effectively, then the risk that we will see it eat into all other areas of government spending, in a way that is probably not politically acceptable to most Canadians, will be reduced.

As we see it now, unconstrained growth in health care will consume ever-larger proportions of provincial budgets. That is the basic finding of this work.

Whether we can change that or not, whether we want to choose that outcome or not, is what this debate is about.

**Mr. Glenn Brimacombe, Director of Health Programs, Conference Board of Canada:** It boils down to the changing distribution of the population over time against the changing consumption patterns of Canadians as they grow old. That is what you see. Aging is related to the notion of morbidity, or the sheer fact that as human beings we have limits and our bodies break down and demand care. When you look at the consumption

Nous avons tous des parents qui vieillissent. Ma mère était en parfaite santé jusqu'à ce qu'elle tombe à l'âge de 90 ans. Elle n'était un fardeau pour personne puis, soudain, en deux ans, elle s'est retrouvée dans un centre de soins. Quand on parle de vieillissement de la population, de quoi est-il question au juste? Votre tableau est intéressant, mais que signifie-t-il pour ce qui est du budget du système de santé? Savons-nous combien de Canadiens sont maintenant âgés de plus de 85 ans et leur nombre croissant dans l'avenir va-t-il constituer un problème?

**M. Frank:** Oui! Monsieur Brimacombe, j'aimerais que vous répondiez, vous aussi. On a tendance à mal s'y prendre à propos du vieillissement. On a affaire à une tranche de population n'appartenant pas au même groupe d'âge. Toutes les études confirment qu'il s'agit de la génération des baby-boomers, qui sont maintenant dans la jeune cinquantaine.

Il est peut-être utile de bien préciser que ce n'est pas le vieillissement en tant que tel qui provoque une augmentation des coûts, mais je n'en suis pas convaincu. La mort est coûteuse, c'est évident. Il est essentiel de comprendre que nous n'avons jamais, au Canada, connu une telle répartition de la population. Si l'on s'en tient aux mêmes calculs mathématiques, que l'on conserve les mêmes systèmes et qu'on attribue les mêmes coûts par personne, on se trouvera inévitablement à assister à une augmentation globale des coûts dans le temps. C'est ce que nous avons souligné dans nos travaux.

Ce faisant, j'essaie de ne pas me limiter à l'aspect vieillissement de la population. J'estime que les choses vont bien au-delà. Il demeure que les statistiques entourant tout le phénomène de vieillissement de la population parlent d'elles-mêmes. La tendance, chez les personnes âgées, est à une utilisation plus fréquente du système. Il n'y a pas de doute à cet égard.

Je voulais également vous parler de nos projections. Mon voisin a fait une remarque à cet égard qui n'est pas exacte. Je vis avec cette réalité tous les jours dans ma profession. Quand quelqu'un fait un bon travail dans ce domaine, on se précipite pour essayer de modifier l'avenir. En effet, si nous réussissons à trouver une façon de gérer plus efficacement le système des soins de santé, nous réduirons dès lors le risque que les dépenses de santé grèvent tous les autres domaines de responsabilité du gouvernement, du moins à un niveau qui ne serait politiquement pas acceptable pour la plupart des Canadiens.

Au rythme où vont les choses, la croissance débridée des soins de santé va absorber une proportion encore plus importante des budgets provinciaux. C'est essentiellement le constat auquel nous en sommes arrivés dans notre étude.

Notre débat va consister à déterminer si nous pouvons ou non changer les choses et si nous voulons ou non le faire.

**M. Glenn Brimacombe, directeur du programme sur la santé, Conference Board du Canada:** Cela nous ramène aux changements survenus sur le plan de la répartition de la population dans le temps, par rapport aux changements d'habitudes de consommation des Canadiens qui vieillissent. C'est exactement ce que vous voyez là. Le vieillissement est associé à l'idée de morbidité, au simple fait que les êtres humains ont des

profiles — issues of severity of illness and the intensity of servicing Canadians — you can see that it differs along the age cohort pattern. The numbers in table one are straight out of the Canadian Institute for Health Information. We have not developed them. They are publicly available numbers and were taken from the health databases across the country. When you look at the profile in terms of doubling, you see the same sorts of results in the other countries.

The OACD released a study on aging in 1996. It shows the different relationships among the factors, or multiples, that you spend on individuals who are over the age of 65 versus those who are under that age. There is a factor of roughly three and one-half. For those over the age of 75, the factor goes up to over four. There is a relationship, and there are other factors at play, clearly.

**Senator Graham:** I welcome Dr. Gordon's comment that there is no contest between the health care delivery systems in the United States and in Canada. I presume that you favour Canada, since you spent the last 25 years making a valuable contribution to this country.

**Dr. Gordon:** That is correct.

**Senator Graham:** Would you make a comparison between Canada and some of the other countries in the world?

**Dr. Gordon:** I trained in Great Britain a while ago when the NHS was more comprehensive, before this more recent, market-based addition to the system.

I lived in Israel for four years, which had a quasi-public health system that has changed significantly. I travelled in other places as well. I would say that the Canadian health care system, of the places I have seen and read about, is the one that I favour most. The Australians have a similar system.

Many of the similar systems have looked at, or have added, private tiers or components. I am concerned about the implications of that, structurally, ethically and politically. It ultimately undermines the public system. Depending on how you look at the literature, you can believe that or not. There are other ways of looking at it, whether ethically or morally, and saying, "Why should someone be able to buy something as essential as health care just because they want to, as opposed to whether they need it more than someone else?"

I happen to favour the system here. I have worked very hard in my writings and my lobbying to ensure that we do not lose it. I have concerns about it, because I think it is under attack for various reasons.

**Senator Graham:** How many tiers do we have in Canada today?

limites, que leur organisme se détraque et qu'ils ont besoin de soins. Si vous examinez les profils de consommation — les questions de gravité de la maladie et d'intensité des services offerts aux Canadiens — vous vous rendrez compte qu'ils évoluent selon la cohorte d'âges considérée. Les chiffres du tableau 1 nous viennent de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ce n'est pas nous qui les avons établis. Ils sont publics et ils proviennent des différentes bases de données sur la santé au Canada. On retrouve le même genre de profils, c'est-à-dire une multiplication par deux, dans les autres pays.

L'OCDE a publié une étude sur le vieillissement en 1996, qui montre les différentes relations existant entre les facteurs ou multiples pour les personnes de plus de 65 ans et pour celles de moins de 65 ans. Le multiplicateur est d'environ trois et demi. Pour les personnes de plus de 75 ans, le multiplicateur peut être supérieur à quatre. Il existe donc un lien et d'autres facteurs qui entrent en ligne de compte.

**Le sénateur Graham:** J'ai été heureux d'entendre M. Gordon nous dire qu'il n'y a pas de comparaison possible entre le Canada et les États-Unis sur le plan des systèmes de soins de santé. Je suppose que vous préférez le Canada, puisque vous y avez passé 25 ans et que vous avez apporté une contribution valable à notre pays.

**M. Gordon:** C'est exact.

**Le sénateur Graham:** Pourriez-vous faire une comparaison entre le Canada et d'autres pays?

**M. Gordon:** J'ai été formé en Grande-Bretagne, il y a bien longtemps de cela, quand le système national de santé était davantage universel que sa version plus récente, axée sur le marché.

J'ai aussi vécu quatre ans en Israël dont le système de santé quasi public a beaucoup changé. J'ai visité d'autres pays dans le monde. J'estime que c'est au Canada, de tous les pays que j'ai visités, que le système est le meilleur. Les Australiens en ont un semblable au nôtre.

De nombreux autres systèmes ont envisagé d'ajouter ou ont carrément ajouté des paliers ou des composantes privées. Les conséquences de ce genre de chose, sur les plans structurel, éthique et politique, m'inquiètent. Cela a fini par saper le système public. Selon ce qu'on cherche dans la documentation, on peut ou non s'en convaincre. Il y a d'autres façons d'aborder la chose, éthiquement ou moralement, et l'on peut se demander «pourquoi quelqu'un devrait-il pouvoir se payer quelque chose d'aussi essentiel que des soins de santé, uniquement parce qu'il veut bénéficier de ces services plutôt que parce qu'il en a plus besoin que son voisin?»

Je suis favorable à notre système. Je me suis efforcé, dans mes écrits et dans mes démarches, de veiller à ce que nous ne le perdions pas. Aujourd'hui, je suis inquiet, parce que je crois qu'il est menacé pour différentes raisons.

**Le sénateur Graham:** Combien de paliers avons-nous aujourd'hui au Canada?



**Dr. Gordon:** We have multiple tiers at the margins. In other words, there are many things you can buy. If you want to make a comparison, most communities have a fire department, but you can have a fire detector, a fire extinguisher, and a sprinkler system. If you are really wealthy, you can have 12 sprinklers in your house, but you cannot buy your own fire truck. At least, I do not know of any community that allows it. We have decided that there will be a publicly funded fire protection system because that is what serves the community best, even though we know that some people have more fires than others. I look at it as an essential part of the social fabric.

**Senator Graham:** Mr. Frank, you mentioned that there are possibilities for further efficiencies to be achieved in the system. Do you have any suggestions?

**Dr. Frank:** Mr. Brimacombe will answer that.

**Mr. Brimacombe:** This is one of the issues that Dr. Frank referred to in terms of the sensitivity analysis, because what we talked about was kind of the base case. Issues around the de-institutionalization and development of a more mature home care structure, or long-term care facility structure; the issue of appropriate utilization of resources between acute care institutions and long-term care institutions. Another related efficiency is the degree to which populations become healthier, so that their dependency on the health care system is not as strong over a period of time.

Another issue could be the whole range of technologies, and to what degree they are seen as a cost saver and not only as a cost driver in the system. Those are just a few examples that we are thinking about, and also to what degree we can model these kinds of relationships over the 20-year time horizon.

**Senator Keon:** This has been an interesting discussion. Dr. Gordon, I wish to commend you for making a number of very accurate statements. I will not comment on them specifically; however, you made a number of very accurate statements in your presentation.

Mr. Frank, it would appear that you have presented data that conflict with those of our last set of witnesses. Returning to table one, just below it, you state that health care costs will continue to increase over the next 20 years solely due to the aging of the population. The previous witnesses said that was not so, that aging did not have any real impact on health care costs; that what mattered was the last year of life and the costs of that last year.

I am glad that you point out that your data came from CIHI, because CIHI is not capable of capturing the number of hits on the system from the patient. It can only capture the hospital stay of the patient, as it is hospital data. It would be interesting, if it were possible, to take your table, re-analyse the various age groups, and cut out the last year of life for each — in other words, cut out the deaths — and then analyse the third group and throw the deaths in. I think you would come up with a very different set of figures.

**M. Gordon:** Il existe plusieurs paliers, en périphérie. Autrement dit, il est possible d'acheter bien des choses. Pour faire une comparaison, disons que la plupart des collectivités sont dotées d'un service d'incendie, mais que vous pouvez vous procurer un détecteur à incendie, un extincteur et même un système de sprinkleurs. Si vous êtes très riche, vous pourrez faire installer 12 sprinkleurs dans votre maison, mais vous ne pourrez jamais vous acheter votre camion de pompier. Je ne connais pas de municipalité qui le permette. Nous avons décidé d'opter pour un système de protection incendie financé par les deniers publics, parce que c'est ce qui sert le mieux la collectivité, même si nous savons que certaines personnes passent au feu plus souvent que d'autres. Je considère qu'il s'agit d'un élément essentiel de notre tissu social.

**Le sénateur Graham:** Monsieur Frank, vous avez dit qu'il était possible d'agir sur d'autres plans pour améliorer l'efficacité du système. Avez-vous des recommandations à faire?

**M. Frank:** M. Brimacombe va vous répondre.

**M. Brimacombe:** C'est une des questions dont M. Frank vous a parlé au sujet de l'analyse de sensibilité, parce qu'elle concerne le scénario de base. Il est question de désinstitutionnalisation et de mise en place d'une structure de soins à domicile plus évoluée ou d'une structure de soins à long terme. Il est également question de l'utilisation appropriée des ressources entre les institutions de soins aigus et les institutions de soins à long terme. Les autres économies possibles tiennent à l'amélioration constante de l'état de santé de la population, qui dépend dès lors moins du système de soins de santé et qui peut s'en passer pendant plus longtemps.

Les technologies aussi, pourraient jouer un rôle et il faudrait savoir dans quelle mesure elles pourraient nous servir à économiser plutôt que de contribuer aux coûts. Voilà donc quelques exemples auxquels nous pensons et que nous pourrions intégrer dans nos modèles pour les 20 prochaines années.

**Le sénateur Keon:** Voilà une discussion très intéressante. Monsieur Gordon, je tiens à vous féliciter pour plusieurs de vos déclarations où vous avez mis dans le mille. Je ne les commenterai pas en détail, mais je vous donne raison pour bien des choses que vous avez déclarées dans votre exposé.

Monsieur Frank, on dirait que vos données contredisent celles du premier groupe de témoins. Reprenons le tableau 1. Juste en dessous, il est écrit que les coûts des soins de santé continueront d'augmenter dans les 20 prochaines années uniquement à cause du vieillissement de la population. Les témoins précédents nous ont dit que tel ne serait pas le cas, que le vieillissement n'aurait pas de véritable incidence sur les coûts de la santé et que ce qui était important, c'était la dernière année de vie et les coûts de traitement associés à cette dernière année.

Je suis heureux que vous nous ayez souligné que vos données proviennent de l'ICIS, parce que cet institut ne peut comptabiliser le nombre de fois où les patients utilisent le système. Il ne dispose que de données sur les séjours en milieu hospitalier, données provenant des hôpitaux. Il serait intéressant, si c'était possible, pour en revenir à votre tableau, de réanalyser la situation pour les différents groupes d'âge et de faire une ventilation des coûts associés à la dernière année de vie dans chacun de ces groupes.

Perhaps you would be closer to agreeing with our previous witnesses.

**Dr. Frank:** I think we would be closer to agreeing with them. If you cut the dying process out of this, obviously that will happen. The other reality, too, is that, as we get older, we tend to use the system more because we tend to have more health problems. Perhaps we do not, although that would be news to me. What you would capture, though, is obviously a lower cost if you eliminate the process of dying; that is quite clear. I do not know how useful that would be, frankly.

**Senator Keon:** I think it would be very useful. It brings me to another contradiction that Dr. Gordon raised. The previous witnesses said that living wills are tremendously cost-effective. From a pragmatic point of view, I can tell you that as the CEO of an institution, I find them very cost-effective, but the reality is that they are probably not really, since all they do is eliminate many useless tests. If the medical team is astute, the useless tests will not be done anyway.

Between these two sets of data, this could be ferreted out. If your data were expanded in table one, you would have to look at three sets — these data are too raw — you would have to look at the end of life and the “non-end of life” in the various age groups. Of course, CIHI cannot capture all the hits on the system, only the hospital hits, but it would be useful.

**Senator Morin:** Mr. Frank, starting with the percentage of expenditures, it would be interesting if you did this with other provinces. The figures for Newfoundland would be more than 100 per cent, as you know, and Nova Scotia would be close to 95 per cent. The poorer the province, the higher the figure. In the case of Newfoundland, it goes over 100 per cent. That is interesting.

I agree with you entirely. Whatever way you look at it, either it is the last year of life, or, in the case of the frail elderly, obviously greater use of resources than a 20-year-old patient. I think that is a fact.

I have two points. As far as efficiency goes, you are probably familiar with the study by the provincial health ministers a year ago on health care costs. They say those data suggest there are fewer opportunities for productivity improvements in health services. They think that even with all the reforms in all provinces, there really is not much that can be achieved. I am referring to their June 2000 report.

d'âge — autrement dit, en fonction des décès — puis d'analyser le troisième groupe en fonction des décès. Je crois que vous parviendriez à des chiffres très différents et que vous seriez peut-être davantage d'accord avec les témoins précédents.

**M. Frank:** Nous serions effectivement davantage d'accord avec eux. Si l'on ventile les derniers moments précédant le décès dans les divers groupes d'âge, c'est évidemment le constat auquel nous parviendrons. Mais l'autre réalité, c'est que plus on vieillit, plus on a tendance à utiliser le système parce qu'on a davantage de problèmes de santé. Peut-être que ce n'est pas le cas, mais alors là ce serait une découverte pour moi. Il est certain que si vous extrayez les années précédant la mort, vous allez arriver à des coûts moindres. Mais honnêtement, je ne vois pas dans quelle mesure cet exercice pourrait être utile.

**Le sénateur Keon:** Moi, je crois qu'il serait très utile. Cela m'amène à vous parler d'une autre contradiction que M. Gordon a soulevée. Les témoins précédents nous ont déclaré que les testaments euthanasiques sont particulièrement rentables. D'un point de vue pragmatique, en qualité de pdg d'une institution, j'aurais tendance à les trouver très rentables, mais en vérité, ils ne le sont peut-être pas, parce que tout ce qu'ils font c'est éliminer des tests inutiles. Il suffit de tomber sur une équipe soignante avisée pour éliminer automatiquement ces tests inutiles.

Voilà ce qu'on pourrait certainement dénicher dans ces deux ensembles de données. Si vous retravailliez les données du tableau 1, vous parviendriez à trois ensembles à analyser — parce que ces données sont trop brutes — et vous pourriez alors voir ce qui se passe, dans chaque groupe d'âge, dans la période précédant la mort et dans les autres périodes. Encore une fois, l'ICIS n'a pas de données sur le nombre de fois où une personne utilise le système, mais sur l'utilisation du réseau hospitalier. Toutefois, ce serait utile.

**Le sénateur Morin:** Monsieur Frank, pour en revenir au pourcentage des dépenses, il aurait été intéressant que vous fassiez cela dans le cas d'autres provinces. Les données pour Terre-Neuve sont peut-être, comme vous le savez, supérieures à 100 p. 100, quant à celles de la Nouvelle-Écosse, elles frisent les 95 p. 100. La province la plus pauvre affiche les données les plus élevées. Dans le cas de Terre-Neuve, on dépasse 100 p. 100. C'est intéressant.

Je suis tout à fait d'accord avec vous. Peu importe la façon dont on aborde la chose, que ce soit en retenant uniquement la dernière année de la vie ou le nombre de personnes âgées ayant une santé fragile, il est évident que les jeunes de 20 ans utilisent moins le système. Personne ne le discute.

J'ai deux remarques à faire. Pour ce qui est de l'efficacité du système, vous connaissez sans doute l'étude réalisée par les ministres provinciaux de la Santé, il y a un an, sur les coûts des soins de santé. D'après leurs données, les possibilités d'améliorer la productivité des services de santé seraient moindre que ce que vous le soutenez. Ils estiment même que malgré toutes les réformes entreprises par toutes les provinces, on ne puisse pas vraiment faire grand chose. Je parle du rapport de juin 2000.



I do not think you save money with new technology, unfortunately. I think more elderly patients are on dialysis. Your father is having bypass surgery at the age of 90.

**Dr. Gordon:** I am hoping he gets to 90; he is only 89.

**Senator Morin:** As a cardiologist, I would never have imagined that before. Now the majority, I am sure, of Senator Keon's bypass surgeries are done at that stage. There is a significant amount of orthopaedic surgery performed on older patients.

A second point is expectations. The Canadian elderly public, especially, has greater expectations of the health care system. They are better informed. They know what they want, and that is another cost increase.

I enjoyed these presentations very much, Mr. Chairman.

**Dr. Frank:** I would like to return to Dr. Keon's comments on the CIHI. The data reported come from Health Canada. My understanding is that they incorporate all the factors that are associated with expenditure by age and sex.

**Senator Keon:** You are absolutely correct. I thought you said they came from CIHI, and I was wrong.

**Dr. Frank:** I have worked in this area for quite some time. I was on the board of the Civic Hospital a decade ago. The health care system as we know it today is very powerful in commanding resources. When we did this work for Ontario and B.C., we essentially reflected that power in the finding that almost half of revenue goes to health care.

Quite clearly, we could put the lid on that and say, "No, we as a society will not allow that to happen." The share of provincial spending or revenue — because remember, we balanced the budget, so revenue equals expenditures going into the future — going to education, other government services, social welfare services and so on, grows much less quickly, because we allowed health care to continue the same kind of growth and spending patterns as we have observed historically. That is not tenable or operational; at least, that is the position we have taken.

As far as structural changes and efficiencies are concerned, it is a tricky business to sort out the words that we use. Sometimes we use "structural change," meaning a different way of doing something. Sometimes we say "efficiencies," because it is less expensive for the same result. These things are sometimes used interchangeably.

Let me give you an example. I refer often to structural change occurring in the early 1990s, when we were closing beds at the Civic Hospital, and people who were in a tertiary-care hospital were essentially moved into longer-term nursing care institutions that were less expensive. If I showed you the data over time, you would see a sharp drop in expenditures for these older categories

Malheureusement, je ne pense pas non plus que vous puissiez réaliser des économies grâce aux nouvelles technologies. De plus en plus de patients âgés se retrouvent sous dialyse. Votre père lui-même a dû subir un pontage à l'âge de 90 ans.

**M. Gordon:** J'espère qu'il va arriver à 90 ans, il n'en a que 89.

**Le sénateur Morin:** Je suis cardiologue et je n'aurais jamais imaginé cela avant. Sénateur Keon, je suis sûr que la majorité des pontages sont réalisés à cette étape. On effectue aussi beaucoup de chirurgie orthopédique sur les patients âgés.

Le deuxième aspect est celui de l'attente. Les personnes âgées au Canada, plus que dans tout autre groupe d'âge, entretiennent des attentes élevées vis-à-vis du système de santé. Elles sont mieux informées. Elles savent ce qu'elles veulent, et cela représente une autre augmentation de coût.

J'ai beaucoup apprécié ces exposés, monsieur le président.

**M. Frank:** Je veux revenir aux déclarations du Dr Keon au sujet de l'ICIS. Les données nous viennent de Santé Canada. Je crois savoir que celles-ci englobent tous les facteurs associés aux dépenses par âge et par sexe.

**Le sénateur Keon:** Vous avez tout à fait raison. Je pensais vous avoir entendu dire qu'elles provenaient de l'ICIS et j'avais tort.

**M. Frank:** Je travaille dans ce domaine depuis pas mal de temps. J'ai siégé au Conseil de l'Hôpital Civic, il y a dix ans. Le système de soins de santé, tel que nous le connaissons aujourd'hui, est un grand mobilisateur de ressources. Quand nous avons fait ce travail pour l'Ontario et la Colombie-Britannique, nous avons fait ressortir ce pouvoir, quand nous avons constaté que près de la moitié des recettes vont aux soins de santé.

Nous pourrions bien sûr mettre une limite à ces dépenses et affirmer «aucune société ne peut se permettre ce genre de chose». La part des dépenses ou des recettes provinciales — parce que, n'oubliez pas que, les budgets étant équilibrés, les dépenses ne seront pas supérieures aux recettes dans l'avenir — allant à l'enseignement, aux autres services gouvernementaux, au bien-être social et autres, progresse beaucoup moins rapidement, parce que nous avons permis au système de santé de continuer à prendre de l'expansion et d'en rester aux habitudes de dépenses du passé. Ce n'est pas soutenable, ça ne peut pas fonctionner. C'est du moins la position que nous avons adoptée.

Pour ce qui est des changements structurels et des économies pouvant être réalisées, il est difficile de s'y retrouver dans les termes que nous utilisons. On parle parfois de «changements structurels», qui revient à dire que l'on fait des choses différemment. On parle aussi d'«économies», parce qu'on vise des coûts moindres pour des résultats identiques. On utilise parfois indifféremment un terme pour l'autre.

Je vais vous donner un exemple. Je parle souvent des changements structurels qui se sont produits dans le début des années 90, quand nous avons fermé des lits à l'Hôpital Civic et que des patients qui étaient dans un hôpital de soins tertiaires ont été transférés dans des établissements de soins à long terme, qui coûtent moins cher. Si je vous montrais les données vous

of people during the early 1990s. That was related to the structural change of de-institutionalization.

I will take the position that the quality of care in the long-term nursing institution is equivalent to the quality of care that we offered at the Civic.

We see that as a possibility, at least. However, if the cost is a third or a half, then as a society we must find ways of making that happen, and it is not easy. That was an example of both an efficiency change and a structural change. We have seen the incredible explosion in the number of day surgeries. We have seen regionalization and hospital amalgamation. All of these are aimed at trying to maintain the quality and reduce the costs. I think that how we discuss that as we go through this debate about what to do is very important. Sometimes the words have not the best connotations.

**Dr. Gordon:** I think that in some ways you are right about technology. However, I remember vividly the first time I told a surgeon he should not operate on someone who not been exposed to Tagamet, and he was livid because I had just cancelled surgery. Of course, that is an example of technology. It is hard to anticipate what will happen, especially when the population is large.

I have mentioned Alzheimer's disease. Right now we are really using a poor drug for a terrible condition, but it could be that in five years that condition will be a non-issue, like polio, and the whole system will change. There may be things that we cannot anticipate. You may use the word "technology" for such advances in health care. Some of these things are expensive; others, like bypass surgery, are an everyday event. It is like an office procedure.

**Senator Cordy:** Dr. Frank, you commented earlier that the number one policy issue is health care. I do not think anyone in the room would disagree.

My question is connected to the comments made by Senator Morin. I think Canadians have come to expect timely access to the health care system and are becoming much better informed than they were many years ago, through the Internet, better education, and so on. We were told earlier today that there is no correlation between money spent and longevity. In fact, Sweden is spending less money than Canada, proportionately, and seeing longer lifetimes for their people.

When I looked at your projections for British Columbia and Ontario, I was not surprised, but it is still shocking to see it in black and white. I concur with Senator Morin that those

constateriez une très nette diminution des dépenses pour ces catégories de personnes plus âgées, au début des années 90. Cela était dû au changement structurel associé à la désinstitutionnalisation.

Je dirais que la qualité des soins offerts dans les établissements de soins à long terme est équivalente à celle des soins que nous dispensons à Civic.

Il faut y voir une possibilité. Cependant, si cela nous permettait de réduire les coûts des deux tiers ou de moitié, il faudrait alors que la société trouve des façons de réaliser ce genre de chose, mais ce n'est pas facile. Je viens de vous montrer là un exemple de changement structurel et de changement débouchant sur des économies. Nous avons assisté à l'explosion du nombre de chirurgies de jour. On a assisté aussi au phénomène de régionalisation et de fusion des hôpitaux. Toutes ces mesures sont destinées à maintenir la qualité des soins et à réduire les coûts. La façon dont nous allons discuter de tout cela dans ce débat sera très importante. Il faut faire attention, parce que les mots ne signifient pas toujours la même chose.

**M. Gordon:** Je pense que vous avez raison à propos de la technologie d'une certaine façon. Toutefois, je me rappelle très clairement la première fois où j'ai dit à un chirurgien qu'il ne devrait pas opérer quelqu'un qui n'avait pas pris de Tagamet; il était livide parce que je venais juste d'annuler l'opération. Bien sûr, ce n'est là qu'un exemple de technologie. Il est difficile de prévoir ce qui va se passer, surtout quand la population des personnes âgées sera importante.

Tout à l'heure, j'ai parlé de la maladie d'Alzheimer. Pour l'instant, le médicament utilisé n'est pas vraiment très efficace dans le traitement de cette maladie terrible, mais il est possible que, dans cinq ans d'ici, cette maladie ne cause plus de problème, pas plus que la poliomyélite, et que tout le système aura changé. Ce sont des choses qu'on ne peut pas prévoir. Vous pouvez toujours utiliser le terme de technologie pour décrire les progrès réalisés dans les soins de santé. Certaines de ces choses-là sont coûteuses mais d'autres, comme les pontages, se font quotidiennement. C'est un peu comme une procédure dans un cabinet médical.

**Le sénateur Cordy:** Monsieur Frank, plus tôt, vous avez dit que la politique la plus importante était celle des soins de santé. Je ne pense pas que quelqu'un ici soit en désaccord avec cela.

Ma question fait suite aux remarques du sénateur Morin. Je crois que les Canadiens s'attendent à bénéficier d'un meilleur accès au système de soins de santé et sont beaucoup mieux renseignés qu'il y a plusieurs années, grâce à Internet, à de meilleures informations et ainsi de suite. Au début de la séance, on nous a dit qu'il n'y avait pas de lien entre l'argent dépensé et la longévité. D'ailleurs, les Suédois dépensent proportionnellement moins que les Canadiens à cet égard et ils vivent pourtant plus longtemps que nous.

Quand vous nous avez montré vos prévisions pour la Colombie-Britannique et l'Ontario, je n'ai pas été surpris, mais je suis encore un peu sous le choc de voir à quel point tout cela est si



percentages will likely be much higher in 2020 in smaller provinces.

Nevertheless, the public expectations for health care are there. I am not sure if it is the majority, but certainly a vocal part of society expects us to continue to pour huge amounts of money into health care.

In order to slow down the increase in health care expenditures, you mentioned things like home care, de-institutionalization, and technology. Did you consider things such as coping?

**Dr. Frank:** Our organization has not taken positions on what ought to be done. We frankly found it challenging enough to present this kind of work and not have people instantly reject it as crazy. Thus, if I now presented the nine things that in Jim Frank's value system we ought to do, quite possibly you would turn around and say that I have introduced bias into the research used to project those outlooks.

I can tell you that the outlook for the provinces for the next 20 years is the base case Conference Board of Canada outlook. Nothing was tinkered with to do this work. We do have a higher immigration inflow than StatsCan uses in their different scenarios because in the long run, we find in our economic analysis that the unemployment rate turns negative if you let the models run. That is insane. That will never happen. Why does it turn negative? It is because the reproduction that we are doing now is not enough to keep the labour force growth positive over 20 years. Thus, we increased immigration into Canada in our model.

I ask the question: Will we actually get those 285,000 people? Second, will they be people with skills that command an average income that is higher than the Canadian average? If we continue to import people whose average income is lower, our average income will fall. Ipso facto, our tax collection fall. That will have no impact on health care because the people who are coming to the country are largely in the younger age groups.

When we do this work, we try to pull all of these things together. It is very complicated. As I say, we do not take the recommendation route. We find it a challenging enough job to do that basic analysis.

**Mr. Brimacombe:** If I may add to that, on the health expenditure side, the most recent OECD expenditure information shows that public per capita spending in Sweden is behind Canada by about \$50. That is a very small difference, incrementally speaking. When it comes to copayments or user fees, and aside from what we know the evidence to be, user fees work to a certain degree, but they do penalize the poor and the elderly. There are causes and effects here to which we must be sensitive.

nettement tranché. Je suis d'accord avec ce qu'a dit le sénateur Morin, à savoir que ces pourcentages seront certainement beaucoup plus élevés dans les petites provinces en 2020.

Quoi qu'il en soit, le public entretient certaines attentes vis-à-vis du système de santé. Je ne suis pas sûr que ce soit le cas pour la majorité de la population, mais une partie qui s'exprime le plus énergiquement s'attend à ce que nous continuions à injecter des sommes considérables dans les soins de santé.

Pour ralentir la progression des dépenses dans les soins de santé, vous avez recommandé d'opter, par exemple, pour les soins à domicile, pour la désinstitutionnalisation et pour l'application des technologies. Est-ce que vous avez pensé à des choses comme le coping?

**M. Frank:** Mon organisation ne prend pas de position sur ce qui devrait être fait. Nous avons déjà eu assez de difficultés à vous présenter ce genre de travail sans que tout le monde le rejette instantanément. Si je vous présentais maintenant nos neuf recommandations en fonction du système de valeurs de Jim Frank, vous nous accuseriez sans doute d'avoir biaisé la recherche pour en arriver à une telle conclusion.

Ce que je peux vous dire, c'est que notre perspective pour les provinces au cours des 20 prochaines années correspond au scénario de base du Conference Board du Canada. Nous n'avons rien modifié à ce travail. Nous avons retenu un afflux d'immigrants supérieur à celui adopté par Statistique Canada dans ses différents scénarios, parce qu'à long terme, nous avons constaté dans notre analyse économique que le taux de chômage devient négatif quand on pousse les modèles à leurs limites. C'est insensé. Ça n'arrivera jamais. Pourquoi passerions-nous à un taux de chômage négatif? Le problème tient au fait que le taux de reproduction actuel ne nous permet pas de maintenir une croissance positive de la main-d'oeuvre active à terme de 20 ans. Cela étant, dans notre modèle, nous avons augmenté le taux d'immigration.

Mais je vous le demande, est-ce que nous allons avoir ces 285 000 personnes? Deuxièmement, s'agira-t-il d'immigrants ayant des compétences méritant un salaire moyen supérieur au salaire moyen des Canadiens? Si nous continuons d'accueillir des immigrants dont le revenu moyen est inférieur, notre revenu moyen général va reculer et il en sera de même de l'assiette fiscale. Cela n'aura aucune incidence sur les soins de santé, parce que les immigrants appartiennent principalement au groupe des plus jeunes.

Quand nous avons fait ce travail, nous avons essayé de regrouper tout cela. C'est très compliqué. Comme je le disais, nous ne formulons pas de recommandation. Nous estimons qu'il est déjà assez difficile de faire ce travail d'analyse de base.

**M. Brimacombe:** À propos des dépenses de santé, permettez-moi de préciser que les données les plus récentes de l'OCDE concernant les dépenses font ressortir que les dépenses par habitant en Suède sont inférieures d'environ 50 \$ à celles du Canada. L'écart est effectivement très faible. Pour ce qui est des quotes-parts ou des tickets modérateurs, outre ce que nous savons à ce sujet, il est évident que les tickets modérateurs fonctionnent jusqu'à un certain point mais qu'ils pénalisent les pauvres et les

We are currently in the process of looking at different scenarios that we want to incorporate and model. That is one area that we may want to include. I cannot commit to that yet because we will be consulting with the round table that we are convening. At the end of the day, we will be presenting information rather than specific recommendations on a course of action.

**Senator Morin:** Do we have any evidence that user fees reduce costs, or do they increase government revenue? Those are two different things.

**Senator Cordy:** By the way, I am not suggesting we introduce user fees.

**Senator Morin:** Mr. Chairman, if there is evidence that user fees reduce total costs, I would appreciate seeing that. I did not think it existed. If it increases government revenue, that is a different thing.

Dr. Gordon referred to the Quebec situation, which is a beautiful example of increased government revenues and no change in cost, except for the poorer population.

**Dr. Gordon:** There are old Medicaid data from years ago on covering a limited number of drugs for a certain condition and showing a decrease in certain kinds of costs, but the hospitalization rate for that condition — schizophrenia — exploded. It depends on where you decide your end point will be.

I would make one statement about the concept that increased funding does not produce any real benefit in terms of life expectancy. That is a crude measure of "benefit" because we have sort of reached the maximum, or close to it. There was a good article recently in *Science*, by Olshansky, about how close we are to probably maximizing life expectancy at birth. We will not see that, however, in terms of quality of life and function, where you probably can show major benefits. There is no question that people with limiting angina who have bypass surgery and can then walk may not increase their life expectancy in many cases, depending on the surgery, but will increase their quality of life.

We must be careful what measurements we use when we say we should not just throw money at it. We often use that as an excuse not to make the investment. If you do not believe quality of life matters, then you should say it does not matter.

**Mr. Brimacombe:** If I may, the other part of the question was about the literature. There is a significant amount of literature in the Canadian context on user fees. It goes back to a seminal study by Beck and Horne in the early 1970s on the impact of user fees.

personnes âgées. Ils sont synonymes de causes et d'effets auxquels nous devons faire attention.

Nous sommes en train de nous pencher sur différents scénarios que nous voulons prendre en compte et modéliser. C'est un aspect dont nous pourrions vouloir tenir compte. Je ne peux pas tout de suite m'engager à cet égard, parce que nous allons consulter les participants à la table ronde que nous allons convoquer. À la fin, nous présenterons des données plutôt que des recommandations.

**Le sénateur Morin:** Les tickets modérateurs permettent-ils de réduire les coûts ou plutôt d'augmenter les recettes des gouvernements? Ce sont deux choses différentes.

**Le sénateur Cordy:** Soit dit en passant, je ne recommande pas que nous adoptions le système des tickets modérateurs.

**Le sénateur Morin:** Monsieur le président, s'il est établi que les tickets modérateurs permettent de réduire les coûts d'ensemble, j'aimerais en avoir la preuve. Je ne pensais pas que c'était le cas. S'ils augmentent les recettes des gouvernements, alors c'est une autre affaire.

M. Gordon a parlé de la situation du Québec, qui est un fort bel exemple d'augmentation des recettes du gouvernement, sans variation des coûts, si ce n'est pour les personnes les plus pauvres.

**M. Gordon:** Il existe des données de Medicaid, vieilles de plusieurs années, sur la couverture d'un nombre limité de médicaments pour une certaine maladie. Ces données font ressortir une diminution des coûts, mais le taux d'hospitalisation pour la maladie en question, la schizophrénie, a explosé. Tout dépend de là où vous voulez faire des économies.

Je voudrais dire quelque chose à propos de l'idée voulant qu'une augmentation du financement ne se traduise pas forcément par une amélioration de l'espérance de vie. C'est une façon un peu grossière d'aborder la chose, parce que nous avons déjà atteint le maximum ou presque. J'ai lu un excellent article paru récemment dans *Science*, sous la plume d'Olshansky, qui dit que nous sommes sur le point de maximiser l'espérance de vie dès la naissance. Nous n'en verrons cependant pas les effets sur le plan de la qualité de la vie ni de la mobilité, qui sont sans doute les principaux avantages recherchés. Il ne fait aucun doute que les personnes atteintes d'une angine de poitrine débilante, ayant subi un pontage coronarien et qui sont encore mobiles, ne verront pas leur espérance de vie augmenter de beaucoup, selon le type de chirurgie, mais c'est leur qualité de vie qui s'en trouvera améliorée.

Il faut être très prudent dans le type de mesure que nous utilisons avant de décider de dépenser notre argent. On utilise souvent cela comme une excuse pour ne pas faire d'investissement. Si vous estimez que la qualité de la vie n'est pas importante, il est normal de penser que de telles dépenses ne sont pas justifiées.

**M. Brimacombe:** L'autre partie de la question concernait la documentation. Il existe une documentation abondante sur l'utilisation des tickets modérateurs au Canada. Elle remonte à une étude majeure par Beck et Horne, datant du début des années 70, sur l'incidence des tickets modérateurs.



The key question is, what is the policy objective; is it revenue raising, or is it what kind of distributive impact a user fee will have on your population?

If you are impacting, perhaps in a disproportionate way, the elderly or the poor, the question is, are you delaying care when the condition might have been treated, and creating greater costs down the road?

**The Chairman:** One of the wonderful things about economics is that it does not know how to deal with distributive effects, which is one of the few things in which politicians are really interested.

**Senator Keon:** Mr. Chairman, witnesses from the C.D. Howe Institute will be here tomorrow morning and they have done a significant amount of work on this subject.

**Senator Callbeck:** Thank you for your presentations; they were well done.

Mr. Gordon, I have a question about the section on home care. I certainly agree that we need improved and expanded home care. However, there was one sentence that surprised me: "Council is dismayed by the fact that efforts are being made to limit access to home care rather than to invest more resources in this sector." I thought that the opposite was true; I thought more emphasis was being put on home care.

**Dr. Gordon:** What province do you live in?

**Senator Callbeck:** I live in Prince Edward Island.

**Dr. Gordon:** You could say that home care is relatively more costly in Ontario, but harder to get in terms of the population need. I see this as a result of the past — privatization. I have sometimes practised geriatrics, and most of my patients get very little help from the formal home care system. Thus, the families and private insurance pay. The structured, publicly funded home care system in Ontario is nowhere near what it should be. The CCACs, which are now the structures through which it is organized, are constantly being squeezed. I cannot speak for all the other provinces; however, my understanding is that it is not unusual for home care to have not been expanded appropriately, and in some provinces it has even been decreased.

**Senator Callbeck:** Are efforts being made to limit access to home care in Ontario?

**Dr. Gordon:** The funding for home care is very limited and the needs are high. Therefore, you could suggest that not increasing it, even though the needs are higher, is the equivalent of limiting it, depending on how you do the equation. The number of people who require a substantial degree of home care and can receive it through the public system is small. They are not receiving it adequately through the public system.

**Senator Rompkey:** Of course, they claim that the same is true of education.

La question fondamentale est de savoir quel est l'objectif politique: s'agit-il d'augmenter les recettes ou de favoriser la répartition sur l'ensemble de la population?

Si l'incidence sur les personnes âgées ou les pauvres, par exemple, est disproportionnée, la question revient alors à savoir si l'on ne retarde pas les soins et que, ce faisant, on ne va pas augmenter les coûts à plus long terme, parce que la maladie aurait pu être traitée plus tôt.

**Le président:** Ce qu'il y a de merveilleux avec les sciences économiques, c'est qu'elles ne savent pas jouer avec les effets distributifs, ce qui est une des choses qui intéresse pourtant beaucoup les politiciens.

**Le sénateur Keon:** Monsieur le président, les témoins de l'Institut C.D. Howe seront ici demain matin et je dois vous dire qu'ils ont beaucoup travaillé sur ce sujet.

**Le sénateur Callbeck:** Merci beaucoup pour vos exposés, qui étaient fort bien préparés.

Monsieur Gordon, je voudrais vous poser une question sur la partie de votre mémoire portant sur les soins à domicile. Je suis d'accord sur la nécessité d'améliorer et d'étendre les soins à domicile, mais il y a une phrase ici qui m'a surprise: «Le Conseil est consterné de voir que l'on déploie des efforts pour essayer de limiter l'accès aux soins à domicile plutôt que pour investir davantage de ressources dans ce secteur.» Moi, je pensais que c'était l'inverse, que nous insistions maintenant davantage sur les soins à domicile.

**M. Gordon:** Dans quelle province résidez-vous?

**Le sénateur Callbeck:** À l'Île-du-Prince-Édouard.

**M. Gordon:** Les soins à domicile sont relativement plus coûteux en Ontario, mais il est plus difficile d'en obtenir. J'y vois la conséquence de la privatisation passée. Il m'est arrivé de pratiquer en gériatrie et de constater que la majorité de mes patients ne recevaient pas vraiment d'aide en vertu du système de soins à domicile. Ce faisant, ce sont les familles et les assurances privées qui paient les soins. Le système de soins à domicile structuré, financé par les deniers publics, est loin de ce qu'il pourrait être. On ne cesse de réduire les budgets des CCAC, qui sont les structures autour desquelles ces soins ont été organisés. Je ne peux parler de ce qui se passe dans les autres provinces, mais je crois savoir qu'en règle générale les soins de santé n'ont pas fait l'objet de l'essor qu'on attendait et, dans certaines provinces, on les a même réduits.

**Le sénateur Callbeck:** Est-on en train d'essayer de limiter l'accès aux soins à domicile en Ontario?

**M. Gordon:** Le financement des soins à domicile est très limité et les besoins sont élevés. On pourrait donc dire que le fait de ne pas augmenter le financement, même si les besoins sont très élevés, revient à limiter ce type de soins, selon la façon dont vous abordez la chose. Le nombre de personnes qui devraient bénéficier de soins à domicile et qui reçoivent de tels soins grâce au système financé par les deniers publics, est relativement faible. Le système public les sert mal.

**Le sénateur Rompkey:** Et bien sûr, on va dire que la même chose est vraie pour l'enseignement.

**Mr. Brimacombe:** To corroborate what Dr. Gordon said, when health expenditures are reviewed, and we look at other institutions as a category, including all the non-acute facilities, 75 per cent of spending in Canada is private and 25 per cent is public. Broken down as a share of total public and private, it is falling in that category across all three areas, although you would not think that this would be so, given the emphasis that we should be placing on it. However, that is what we see when we look at the most recent data.

**The Chairman:** Thank you.

The committee adjourned.

**M. Brimacombe:** Pour corroborer ce que vient de déclarer le Dr Gordon, il est vrai qu'à l'analyse des dépenses des autres catégories d'institution, notamment des installations autres que celles offrant des soins aigus, 75 p. 100 des dépenses au Canada sont privées et 25 p. 100 sont publiques. Quand on établit la ventilation entre la part du secteur public et la part du secteur privé, on constate une diminution dans cette catégorie, dans les trois secteurs. On aurait pu s'attendre au contraire, compte tenu de l'insistance que nous devrions placer sur ce secteur. Quoi qu'il en soit, c'est ce qu'on constate à l'analyse des données les plus récentes.

**Le président:** Merci.

La séance est levée.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

#### WITNESSES—TÉMOINS

**Wednesday, March 21, 2001**

*From Statistics Canada:*

Réjean Lachapelle, Director, Demography Division;

Jean-Marie Berthelot, Manager, Health Analysis and  
Modeling Group, Social and Economic Studies Division;  
and

Brian Murphy, Senior Research Analyst, Socio-Economic  
Modeling Group.

*From the Canadian Institute of Actuaries:*

David Oakden, President;

Rob Brown, Member of Task Force on Health Care  
Financing;

Daryl Leech, Chair, Committee on Health Care.

*From the National Advisory Council on Aging:*

Dr. Michael Gordon, Member.

*From the Conference Board of Canada:*

James G. Frank, Ph.D., Chief Economist and Vice-President;

Glenn Brimacombe, Director of Health Program.

**Le mercredi 21 mars 2001**

*De Statistics Canada:*

Réjean Lachapelle, directeur, Direction de la démographie;

Jean-Marie Berthelot, chef, Groupe d'analyste et de  
modélisation de la santé, Division des études sociales et  
économiques; et

Brian Murphy, analyste principal de recherche, Groupe de la  
modélisation socio-économique.

*De l'institut canadien des actuaires:*

David Oakden, président;

Rob Brown, membre de la Commission d'étude sur le  
financement des soins de santé;

Daryl Leech, président, Comité des soins de santé;

*Du Conseil consultatif national sur le troisième âge:*

M. Michael Gordon, membre.

*Du Conference Board of Canada:*

James G. Frank, Ph.D., économiste en chef et vice-président;

Glenn Brimacombe, directeur du programme sur la santé.





First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

## Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Thursday, March 22, 2001

---

Issue No. 3

**Third meeting on:**  
The state of the health care system in Canada

---

WITNESSES:  
(See back cover)

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le jeudi 22 mars 2001

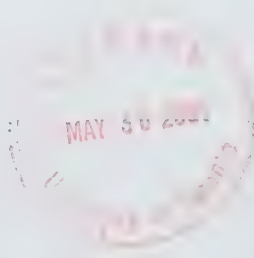
---

Fascicule n° 3

**Troisième réunion sur:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

---

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Hubley
* Carstairs, P.C.	Johnson
(or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton
Cohen	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Graham, P.C.	Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Hubley
* Carstairs, c.p.	Johnson
(ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton
Cohen	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Graham, c.p.	Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Thursday, March 22, 2001

(4)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 11:05 a.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cohen, Cook, Cordy, Graham, P.C., Hubley, LeBreton, Morin and Roche (9).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (For complete text of Order of Reference see *Proceedings of the Committee, Issue No. 2*)

**WITNESSES:**

*C.D. Howe Institute:*

William B.P. Robson, Vice-President and Director of Research.

*McMaster University:*

Byron G. Spencer, Professor.

*University of Ottawa:*

Dr. William Dalziel.

The Deputy Chair made a statement.

Mr. Robson made a statement. Dr. Dalziel made a statement. Professor Spencer made a statement. The witnesses answered questions.

At 1:10 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:****PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le jeudi 22 mars 2001

(4)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 05, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cohen, Cook, Cordy, Graham, c.p., Hubley, LeBreton, Morin et Roche (9).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; et, de la Direction des comités et la législation privée: Josée Thérien, commis parlementaire.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada (*voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n<sup>o</sup> 2 des délibérations du comité*).

**TÉMOINS:**

*De l'Institut C.D. Howe:*

William B.P. Robson, vice-président et directeur de la recherche.

*De l'université McMaster:*

Byron G. Spencer, professeur.

*De l'Université d'Ottawa:*

Dr William Dalziel.

La vice-présidente fait une déclaration.

MM. Robson, Dalziel et Spencer font une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 13 h 10, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

*La greffière du comité,*

Catherine Piccinin

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, March 22, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:05 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Marjory LeBreton** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

**The Deputy Chairman:** Honourable senators, may we start?

Today, as you know, the order of business for this committee is our health care study, and we are at the beginning of phase two of our hearings. We have three witnesses today as a panel. Each will be asked to speak for approximately 10 minutes and then we will proceed to questions.

First, we have William Robson, who is Vice-President and Director of Research at the C.D. Howe Institute. In a paper published this past February, Mr. Robson discussed the pressures of demographic changes on the health care budgets of the provinces.

Dr. William Dalziel is head of the Division of Geriatric Medicine at the University of Ottawa and of the Regional Geriatric Assessment Program of Ottawa-Carleton. He recently published an article entitled: "Demographics, aging and health care: Is there a crisis?"

Next is Byron Spencer, who is a professor of economics at McMaster University in Hamilton, Ontario. His area of expertise includes demography, forecasting methods and health economics. He has written extensively on the impact of demographic aging on health care costs and other social programs.

We will start with Mr. Robson. I ask that when you are speaking you bear in mind that we have simultaneous translation, and sometimes we tend to run ahead of the translators.

**Mr. William B. P. Robson, Vice-President and Director of Research, C. D. Howe Institute:** Honourable senators, I appreciate the invitation to be here today. I am impressed with the work of this committee, and I wish you every success in asking, and possibly answering, some of the difficult questions about Canadian health care.

Some of you may have read my piece for the C.D. Howe Institute. It is always a temptation, as I am sure you know, for an author to run through every detail of what has been published, but I do not intend to do that today.

With your permission, I would like to give a quick summary of the results of some of these projections. People do seem to like to see scary numbers. I want to describe some of the problems that I see with the politics of dealing with this situation in Canada. I will conclude with what I hope will be useful suggestions about ways that we might improve our position in dealing with them.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 22 mars 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit à 11 h 05 ce jour pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

**Le sénateur Marjory LeBreton** (*vice-présidente*) occupe la fauteuil.

[Traduction]

**La vice-présidente:** Honorables sénateurs, peut-on commencer?

Comme vous le savez, l'ordre du jour aujourd'hui pour notre comité est l'état du système de soins de santé au Canada. Nous en sommes à la deuxième phase de nos audiences. Nous recevons trois témoins ensemble à qui nous demanderons à chacun de faire un exposé d'environ 10 minutes avant que nous ne passions aux questions.

Nous avons tout d'abord William Robson, qui est vice-président et directeur de la recherche à l'Institut C.D. Howe. Dans un exposé écrit publié en février dernier, celui-ci aborde la question des pressions exercées par les changements démographiques sur les budgets des soins de santé des provinces.

Le Dr William Dalziel est chef de la Division de médecine gériatrique de l'Université d'Ottawa et du Programme d'évaluation gériatrique régional d'Ottawa-Carleton. Il a récemment publié un article intitulé: «Demographics, aging and health care: Is there a crisis?».

Nous avons aussi Byron Spencer, qui est professeur de science économique à l'université McMaster à Hamilton, en Ontario. Son champ d'expertise inclut la démographie, les méthodes de prévision et l'économie de la santé. Il a beaucoup écrit sur l'incidence du vieillissement démographique sur les coûts de santé et d'autres programmes sociaux.

Nous allons commencer par M. Robson. N'oubliez pas, lorsque vous parlez, que nous avons l'interprétation simultanée et qu'il nous arrive parfois de parler trop vite.

**M. William B.P. Robson, vice-président et directeur de la recherche, Institut C.D. Howe:** Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité aujourd'hui. Je suis très impressionné par le travail de votre comité et je vous souhaite tout le succès possible dans l'analyse des problèmes difficiles relatifs aux soins de santé au Canada et dans la recherche de solutions.

Certains d'entre vous ont peut-être lu l'exposé que j'ai rédigé pour l'Institut C.D. Howe. Vous savez que l'on est toujours tenté, quand on a écrit quelque chose, de revenir sur tous les détails publiés mais ce n'est pas ce que j'entends faire aujourd'hui.

Si vous me le permettez, j'aimerais vous faire un bref résumé des résultats de certaines de ces projections. Les chiffres effrayants semblent passionner les gens. Je vous expliquerai aussi certains des problèmes que je vois dans la façon d'aborder cette situation au Canada. Je conclurai par ce que j'espère être des suggestions utiles sur la manière d'améliorer les choses.



Let me start with the scary numbers. There are many forecasts possible and lots of uncertainty about how future patterns of public health spending may differ from today's. The broad directions are clear. In the coming decades, the older population, who are more intense users of health services, will grow quickly. The younger working population, who participate in the workforce and generate government tax revenue, will grow relatively slowly or even shrink.

When you summarize this in a manner that has become fairly familiar — for example, looking at the number of people over 65 years of age per 100 in the working age population — you can see that on a countrywide basis, that ratio of seniors to working age people will more than double from the year 2000 to the year 2040.

This chart shows from 1980 forward in 20-year increments. The national average of Canada is on the left, then the provinces from Newfoundland to British Columbia as we move from east to west, and the territories are on the right. I will point out that when you look across the country, the prospects vary quite a lot from province to province.

If you overlay the chart with some economic assumptions about the use of health resources, the costs and the growth of output per person in the broad economy, you can come up with some implications of these projections for provincial health budgets.

I will show one summary indicator of health spending in each province, scaled to that province's own-source revenue — the money raised through its own taxes. For example, using the type of projections shown on the chart and some middle-of-the-road economic assumptions, if the provinces continue to tax the same share of their economies as they do now, you can see a substantial increase in the share of health spending of the provincial budget, and a great deal of variation across the country. I truncated the vertical scale in this chart so as not to suppress too much detail. The figure for Newfoundland in 2040 is actually over 100 per cent in this kind of mechanical projection, and it is considerably higher than that in the Northwest Territories.

Running through the numbers there is one summary indicator that is useful. Think of the increase in health spending as a liability that we could compare to other kinds of government finance figures with which we are more familiar. Imagine that our health care system is an implicit promise to all Canadians that they will continue to receive the same health care service and on the same terms throughout their lives. You can then look at that increase in health spending in similar terms to what we have done, for example, with the Canada Pension Plan, and express it as an actuarial liability.

On the chart, I compare the light bars, which represent the health liability calculated in that kind of quasi-actuarial sense, with the current net debt of the provinces. Compared to some of these familiar figures on fiscal liabilities, it is a very substantial one. To repeat the general point, there is much variation across the country. Some provinces face large burdens in terms of future health care spending and are not well positioned to meet it when

Commençons donc pas ces chiffres alarmants. Il y a beaucoup de prévisions possibles et beaucoup d'incertitude quant aux différences éventuelles entre le financement futur de la santé publique et la situation actuelle. Les tendances générales sont claires. Dans les prochaines décennies, la population âgée, qui utilise davantage de services de santé, va rapidement croître. La population active plus jeune, qui rapporte des recettes fiscales, augmentera relativement lentement si elle ne diminue pas.

Si l'on résume cela comme on le fait maintenant assez souvent — par exemple, en considérant le nombre de personnes de plus de 65 ans par rapport à 100 personnes d'âge actif —, vous voyez que, pour l'ensemble du pays, le rapport va plus que doubler entre 2000 et 2040.

Ce tableau montre les tendances à partir de 1980 par tranche de 20 ans. La moyenne nationale du Canada apparaît à gauche, puis les provinces de Terre-Neuve à la Colombie-Britannique soit d'est en ouest, et les territoires se trouvent à droite. Je vous ferai remarquer que les perspectives varient beaucoup d'une province à l'autre.

Si l'on superpose certaines hypothèses économiques au sujet de l'utilisation des ressources en matière de santé, des coûts et de la croissance de la production par personne dans l'ensemble de l'économie, on obtient des implications de ce phénomène pour les budgets de santé provinciaux.

Un indicateur récapitulatif des dépenses de santé dans chaque province en fonction des recettes propres de chacune d'elles — de ses propres recettes fiscales. Par exemple, avec le type de projections indiquées sur le tableau et certaines hypothèses économiques médianes, si les provinces continuent à imposer la même part de leurs économies qu'aujourd'hui, on constate une sensible augmentation dans les dépenses de santé portées au budget provincial et de grosses différences d'un bout à l'autre du pays. J'ai tronqué l'échelle verticale de ce tableau pour ne pas supprimer trop de détails. Le chiffre pour Terre-Neuve en 2040 est en fait supérieur à 100 p. 100 dans ce genre de projection mécanique et considérablement plus élevé dans les Territoires du Nord-Ouest.

À propos de tous ces chiffres, il y a un indicateur récapitulatif qui est utile. Considérez que la hausse dans les dépenses de santé est un passif que l'on peut comparer à d'autres types de chiffres que nous connaissons mieux dans les finances gouvernementales. Imaginez que notre régime de santé promette implicitement à tous les Canadiens qu'ils continueront de recevoir les mêmes services aux mêmes conditions toute leur vie. Cela permet de considérer cette augmentation des dépenses de santé d'une façon similaire à ce qu'on a fait, par exemple, pour le Régime de pensions du Canada, et à l'exprimer comme une provision actuarielle.

Sur ce tableau, je compare les barres claires, qui représentent les provisions pour la santé calculées au sens quasi actuariel à la dette nette actuelle des provinces. Comparé à certains de ces chiffres familiers relatifs aux provisions, c'est très important. Je répète qu'il y a beaucoup de différences d'un bout à l'autre du pays. Certaines provinces constateront que le fardeau des dépenses de santé sera extrêmement lourd et ne sont pas bien placées pour

you look at their ordinary debt. As for others, they are in a little trouble in both respects.

Now this is one way of expressing this liability. Its ultimate size is uncertain, and I will happily answer questions about some of the assumptions after my prepared remarks.

For now, I wish to emphasize that this liability's implications for the quality of health services that we receive, and for the taxes that we pay to finance them, are also uncertain. There are many decisions that we will make over the decades ahead that will determine how happy we will be with that balance. It is the environment in which those decisions will be made that I wish to talk about briefly, because I see awkward politics arising from this situation.

To recap, the pressure across the country is intense and uneven. Under those circumstances, it seems to me likely that the federal government will pick up a substantial part of the tab, one way or another. On the recent evidence, the likeliest way for that to happen is through ad hoc increases in transfers, such as the CHST or equalization payments. This prospect worries me because ad hoc increases of this kind create a bad environment for health policymaking. There are three related reasons for that. First, ad hoc increases undermine the stable framework that formula-driven block funding, as in the CHST, is supposed to provide. Instead of an environment where money is predictable over time, the provinces trek annually to Ottawa with the begging bowl in hand. This turns block grants into tied funding and it blurs accountability for health services.

The second reason is that ad hoc increases provide strong incentives for each province to shift the cost of its programs to taxpayers elsewhere in the country. It is not a zero sum game, but actually a negative sum game, because when the provinces are engaged in that activity, by definition they are not focusing on their health programs as they should.

The third reason for my worry is that it is hostile to the budget surpluses that we ought to be running in order to prepare for this higher health spending down the road. The most vivid example of this occurred after the CHST supplement in the 1999 budget — \$3.5 billion that was supposed to be drawn down by the provinces over three years. As soon as the money was in the arms-length account, the provinces continued to complain about lack of federal support for health programs. The immediate rebuttal by the federal government was that the provinces essentially were cheating the sick by not spending every cent of that money the moment that it was available, in order to make the case for more funding. The message is clear — spend as much as you can and as quickly as you can. That is not a good environment for running the sort of budget surpluses that we ought to see.

le supporter si l'on considère leur dette ordinaire. Pour d'autres, cela ne semble pas poser de gros problèmes ni dans un cas ni dans l'autre.

Évidemment, c'est une façon d'exprimer ce passif. Son montant ultime est incertain et je me ferai un plaisir de répondre à vos questions sur certaines de ces hypothèses à la suite de mon exposé.

Pour le moment, j'aimerais insister sur le fait que les implications de ce passif pour la qualité des services de santé que nous recevons, et pour les impôts que nous payons pour les financer, sont également incertaines. Nous allons prendre des tas de décisions au cours des prochaines décennies qui détermineront notre degré de satisfaction quant à ce solde. C'est le climat dans lequel ces décisions seront prises dont j'aimerais vous entretenir brièvement parce que je crains que les jeux politiques qui nous attendent à ce sujet soient dangereux.

En résumé, les pressions sont intenses et inégales selon les provinces. Dans ces circonstances, il me semble probable que le gouvernement fédéral soit appelé à payer une bonne partie de la facture, d'une façon ou d'une autre. D'après ce que l'on a vu récemment, le plus probable est que cela se fasse par des augmentations ponctuelles dans les transferts, comme le TCSPS ou les paiements de péréquation. Cette perspective m'inquiète parce que ce genre d'augmentation crée un mauvais climat pour l'élaboration des politiques en matière de santé. Il y a trois raisons connexes à cela. Tout d'abord, les augmentations ponctuelles menacent la stabilité qu'un financement de base reposant sur une formule, comme le TCSPS, est censé assurer. Plutôt que de savoir de combien elles pourront disposer à long terme, les provinces viennent quêter chaque année davantage à Ottawa. C'est ainsi que ces subventions globales deviennent des subventions conditionnelles et que cela brouille la comptabilité en matière de services de santé.

La deuxième raison est que les augmentations ponctuelles encouragent fortement chaque province à faire payer le coût de ces programmes aux contribuables des autres provinces. Ce n'est pas un jeu à somme nulle mais plutôt un jeu à somme négative parce que lorsque les provinces agissent ainsi, il est évident qu'elles ne s'occupent pas de leurs programmes de santé comme elles le devraient.

La troisième raison qui fait que je m'inquiète, c'est que cela nuit aux excédents budgétaires que nous devrions nous constituer pour faire face à ces dépenses accrues en matière de santé qui nous attendent. L'exemple le plus frappant que nous ayons s'est produit après le supplément au TCSPS annoncé dans le budget de 1999 — 3,5 milliards de dollars qui seraient versés aux provinces sur trois ans. Dès que cet argent est passé au compte autonome, les provinces ont continué à se plaindre du manque d'aide fédérale pour les programmes de santé. La réaction immédiate du gouvernement fédéral fut que les provinces trompaient les malades en ne dépensant pas la totalité de cet argent à leur disposition pour en réclamer davantage. Le message est très clair — dépenser autant que vous le pouvez et aussi vite que possible. Ce n'est pas sain si l'on veut essayer de créer les excédents budgétaires qui seraient souhaitables.



I wish to submit, for your consideration, a couple of ideas for moving in the direction of a policymaking environment that is the opposite of the one that I just described. It would be one where we can look forward to stability, where the incentives are neutral, and where we would have a better environment for fiscal prudence.

I know that this committee has had some discussions before about the CHST, tax, and cash. If I could wave a wand and turn the CHST into tax room instead, that would certainly solve a lot of the incentive problems and it would be helpful for fiscal prudence. However, it would not be stable because the pressure is uneven across the country. The federal government would cave into that pressure, and we would see this annual trek to Ottawa commence all over again.

There is an alternative, and one way to think about it is to make Ottawa's transfers to the provinces more responsive to the pressure of aging populations on health budgets. I would suggest that we convert part of the CHST into a grant per senior, which I call the "seniors' health grant." I will not run through this in detail, but for illustrative purposes, we could replace part of the CHST with a new grant, set at \$3,000 per senior, and initially offset the grant with matching decreases elsewhere so that it is cost-neutral in the first year. Over time, we would allow the grant to escalate at the same rate per capita as other grants relative to the general population, but being geared to the seniors' population, it would grow more quickly. In that way, you could accommodate some of the demographic pressure on the federal transfers.

The liability that I described earlier is indicated by the blue bars on the chart, and the white bars show how much each province sees its liability decrease as a result of the transfer from Ottawa. The national figures that I show on the left are from the province's perspective. Therefore, from the federal government's perspective, there is an increase in the burden; it is a transfer from the provinces to the federal government. I submit that it is not simply a neutral transfer, in the sense that it creates a more positive environment.

In this type of arrangement, the transfers would be more stable over time because it is a block-funding formula that grows over time. It takes care of two of the concerns that I had.

The final point is on fiscal prudence. The challenge is a familiar one in general terms. We have a liability that we ought to try to offset as time goes by. That can be done by accumulating assets or by paying down debt.

The challenge politically, though, is also a familiar one by now. When a Finance minister runs a budget surplus, there is always the danger of being accused of allowing patients to die in hospital corridors by not spending dollars on health care directly. One way to approach that problem is to take some of these surpluses and, essentially, put the money in a piggybank and stamp it with red letters that say "health care." That will help people to understand that a budget surplus is not a competitor with health spending, but

J'aimerais vous soumettre une ou deux idées qui permettraient de créer un climat d'élaboration des politiques à l'opposé de celui que je viens de décrire. Un climat qui permettrait d'envisager la stabilité, dans lequel les incitatifs seraient neutres et où la prudence financière serait possible.

Je sais que votre comité a déjà discuté du TCSPS, des impôts et de la trésorerie. Si je pouvais, à l'aide d'une baguette magique, transformer le TCSPS en espace fiscal, cela réglerait certainement beaucoup des problèmes d'incitation et faciliterait la prudence financière. Toutefois, ce ne serait pas stable parce que les pressions varient selon les provinces. Le gouvernement fédéral céderait à la pression et nous nous retrouverions avec ce pèlerinage annuel de quémandeurs à Ottawa.

Il y a une autre solution et ce serait que les transferts d'Ottawa aux provinces soient davantage fonction des pressions exercées par le vieillissement démographique sur les budgets de santé. Je suggérerais ainsi que nous convertissions une partie du TCSPS en subventions par aîné, ce que j'appelle la «subvention santé des aînés». Je n'entrerai pas dans les détails mais, à titre d'exemple, nous pourrions remplacer une partie du TCSPS par une nouvelle subvention, fixée à 3 000 \$ par aîné et financer au début celle-ci par une diminution correspondante ailleurs pour que le coût soit le même la première année. Avec le temps, la subvention pourrait augmenter au même rythme par habitant que toute autre subvention relative à la population générale, sauf que celle-ci serait relative à la population aînée et augmenterait ainsi plus rapidement. Cela permettrait de faire face à certaines des pressions démographiques sur les transferts fédéraux.

La provision que j'ai décrite tout à l'heure figure dans les barres bleues du tableau et les barres blanches montrent combien chaque province voit sa provision diminuer du fait des transferts d'Ottawa. Les chiffres nationaux que j'indique à gauche présentent la perspective provinciale. Ainsi, du point de vue du gouvernement fédéral, il y a une augmentation du fardeau; c'est un transfert des provinces au gouvernement fédéral. J'estime que ce n'est pas simplement un transfert neutre car il crée un climat plus positif.

Dans ce genre de système, les transferts seraient plus stables à long terme parce qu'il s'agit d'une formule de financement global qui augmente progressivement. Cela règle deux des problèmes qui m'inquiétaient.

Venons enfin à la prudence en matière financière. C'est un défi relativement connu. Il s'agit d'un passif qu'il faut essayer d'éliminer progressivement. On peut le faire en accumulant de l'actif ou en réduisant la dette.

Le défi politique est également assez connu. Quand un ministre des finances a un excédent budgétaire, le danger est toujours qu'on l'accuse de laisser des malades mourir dans les couloirs d'hôpitaux en n'investissant pas directement dans les soins de santé. Une façon de réagir est de prendre une partie de ces excédents et, en fait, de mettre cet argent dans une tirelire sur laquelle on inscrit en lettres rouges «santé». Cela permettra aux gens de comprendre qu'un excédent budgétaire n'est pas l'inverse

is actually an enabler of health spending — something that will let us take on this task in the future.

The parallel that I would submit as helpful is the Canada Pension Plan model. There was a liability that we needed to try to cover, and essentially, we compromised. We did not fund it fully. We adopted a target for a long-term funding ratio. It was a compromise between a desire to more fully fund and having a contribution rate that was politically acceptable in the short run. In a moment of marketing genius, we decided that 9.9 per cent was an attractive number for the payroll tax.

Let me suggest that we think about the health care liability in similar terms. We have the possibility of establishing something like a senior's health account. The challenge is to pre-fund part of this future liability that we know is out there. I am indicating that, like the Canada Pension Plan model, we should think about funding it over time, aiming at a similar ratio to the Canada Pension Plan. Relative to the additional annual cost of the seniors' health grant, we would want a fund about five times larger.

What would it cost to do that? Using projections like those for the Canada Pension Plan — 4 per cent real returns, 2 per cent inflation — if we were to put money aside right away, it would cost two thirds of 1 percentage point of GDP. That is, it would cost \$7 billion in today's money, escalating over time.

What would that do? Relative to spending on seniors according to the projections that I have mentioned, the investment receipts from this account would, similar to the Canada Pension Plan, provide extra funding over time that would make the burden on future taxpayers less. By the mid-2020s, when the pressure from the retirement of the aging baby boomers is becoming most intense, the receipts in this account, and the pay-outs from that account, would cover a sixth of the cost of health care for the elderly.

Over the long run, like the Canada Pension Plan, the boomers' children and grandchildren would have to decide whether to keep this account running indefinitely. For the present, it makes sense to think about some arrangement that might meet that final requirement to protect some of our current budget surpluses for this future liability.

Let me conclude by saying that the baby boomers will strain health budgets. I have shown the scary numbers for a substantial liability that we face. That liability is quite uneven across the country, so there is a political challenge.

Going through a system of ad hoc increases that will be unstable presents problematic incentives. It is unfriendly to budget surpluses. I therefore submit a couple of ideas for your consideration.

You may want to consider a re-jigging of the Canada Health and Social Transfer in order to accommodate the demographic pressure. You could put more stability into the transfer system and provide better incentives for policymakers. Working on the

d'une dépense en matière de santé mais permet au contraire de telles dépenses — quelque chose qui nous permettra plus tard de faire face à cette responsabilité.

Le parallèle qui me semble utile est le modèle du Régime de pensions du Canada. Il y avait un passif qu'il nous fallait essayer de couvrir et nous sommes essentiellement parvenus à un compromis. Nous ne l'avons pas entièrement financé. Nous avons adopté une cible de coefficient de capitalisation à long terme. C'était un compromis entre le désir de financer entièrement le régime et de garder un taux de cotisation politiquement acceptable à court terme. Dans un éclair de génie de marketing, nous avons décidé que 9,9 p. 100 serait un bon chiffre pour les charges sociales.

Je suggérerais que nous songions à quelque chose d'analogue pour le passif des soins de santé. Nous pouvons créer quelque chose comme un compte santé des aînés. Le défi consiste à préfinancer une partie de ce passif futur. Comme dans le modèle du Régime de pensions du Canada, nous devrions penser à le financer progressivement, viser quelque chose de similaire à ce que l'on a fait pour le régime de pensions. Si l'on considère le coût annuel additionnel de l'assurance en santé pour les aînés, il faudra un fonds environ cinq fois plus important.

Qu'en coûterait-il? En utilisant des projections similaires à celles que l'on a utilisées pour le Régime de pensions du Canada — 4 p. 100 de rendement réel, 2 p. 100 d'inflation — si on mettait de l'argent de côté immédiatement, cela coûterait deux tiers d'un point de pourcentage du PIB. C'est-à-dire que cela coûterait 7 milliards de dollars d'aujourd'hui actualisés.

Quel serait le résultat? Plutôt que de dépenser pour les aînés selon les projections que j'ai mentionnées, les reçus d'investissement de ce compte fourniraient, comme dans le cas du Régime de pensions du Canada, des fonds supplémentaires qui allégeraient le fardeau des futurs contribuables. D'ici au milieu des années 2020, lorsque les pressions du départ à la retraite des baby-boomers seront plus intenses, les recettes de ce compte, et les versements couvriraient un sixième du coût des soins de santé pour les aînés.

À long terme, comme le Régime de pensions du Canada, les enfants et les petits-enfants des baby-boomers décideraient s'ils veulent maintenir indéfiniment ce compte. Pour le moment, il est utile de réfléchir à une formule qui pourrait finalement nous aider à protéger une partie de nos excédents budgétaires actuels pour financer ce passif qui nous attend.

Je conclus en disant que les baby-boomers vont exercer une pression énorme sur les budgets de santé. J'ai montré des chiffres alarmants. Ce passif est tout à fait inégal d'une province à l'autre et cela représente donc un défi politique.

Un système d'augmentations ponctuelles est instable et présente des risques graves. C'est mauvais pour les excédents budgétaires. Je vous soumetts donc une ou deux idées.

Vous pouvez envisager de réviser le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux pour faire face aux pressions démographiques. Vous pouvez rendre le système de transfert plus stable et offrir aux décisionnaires de meilleurs



Canada Pension Plan model, you could think about a way of pre-funding future health spending to protect the next generation of taxpayers from the full brunt of this burden.

Thank you very much. You have seen the numbers and heard my concerns and suggestions. I welcome your comments and criticisms.

**Dr. William Dalziel, Associate Professor, Division of Geriatric Medicine, Ottawa Hospital and University of Ottawa; Chief, Ottawa Regional Geriatric Program:** I apologize because I do not speak slowly, especially when I am teaching, but I do speak slowly to seniors because of their hearing problems.

I put my credentials up there, but I wish to focus on the fact that I have worked on the front lines for 20 years as a geriatric specialist. I would like to give you the perspective that I hear from seniors as things move forward.

A geriatric specialist does four years of internal medicine after medical school, and then two years of specialty training. There are about 150 geriatric specialists in Canada.

I would like to focus on three basic areas: the model, the manpower, and the money. I apologize for using "manpower" for brevity purposes, but it is human resource power. Even more so, it is "woman power" because most of the geriatric specialists in the country are female.

I will start from the perspective of what seniors want. Seniors do not want to live for ever. They want to stay healthy and independent as long as possible. Seniors say that it would make them feel old if they were dependent on other people.

How do you keep people healthy and independent as long as possible? There are three basic answers. One answer is support services; another is successful aging; and the third is specialized geriatric services.

Seniors live in three countries. There is the country of the well, which is 80 per cent of them, the country of the frail, which is 15 per cent, and the country of nursing homes, which is approximately 5 per cent — but as high as 10 per cent in some provinces.

The greatest risk factor for almost every disease is age. If you are old, you will have multiple diseases. Those diseases need to be addressed, as well as the disabilities that arise from them.

The biggest action point for geriatrics is the frail elderly. That group is hanging on a knife-edge. They are either dependent on others for activities of daily living, or at high risk to become dependent. That is where the action is. If you do the right stuff with that group, you can move them back to being well, or keep them frail without increasing dependence and having them go into nursing homes.

If we look at how the model currently works, we are moving back to the warehouse. We are building more nursing home beds, and we are creating "little nursing homes" with home care

incitatifs. À partir du modèle du Régime de pensions du Canada, vous pouvez envisager une façon de préfinancer les futures dépenses en matière de santé afin de protéger la prochaine génération de contribuables qui devra supporter ce fardeau.

Merci beaucoup, vous avez vu les chiffres et entendu mes sujets de préoccupation et mes suggestions. J'attends maintenant vos commentaires et vos critiques.

**Dr William Dalziel, professeur associé, Division de médecine gériatrique, Hôpital d'Ottawa et Université d'Ottawa; chef du Programme gériatrique régional d'Ottawa:** Je suis désolé, mais je ne parle pas lentement, surtout lorsque j'enseigne. Par contre, je parle lentement aux personnes âgées parce qu'elles entendent mal.

Vous avez mes titres ici mais je veux insister sur le fait que je travaille sur la ligne de front depuis 20 ans en tant que spécialiste gériatrique. J'aimerais vous présenter la perspective des aînés face à ce phénomène.

Un spécialiste gériatrique fait quatre ans de médecine interne après la faculté de médecine, puis deux ans de spécialisation. Il y a environ 150 spécialistes gériatriques au Canada.

Je m'arrêterai sur trois éléments fondamentaux: le modèle, la main-d'oeuvre et l'argent. Je parle de main-d'oeuvre pour aller plus vite mais il s'agit des ressources humaines. C'est même plus une ressource féminine car la majorité des spécialistes gériatriques au pays sont des femmes.

Je vous parlerai d'abord de ce que souhaitent les personnes âgées. Elles ne veulent pas vivre indéfiniment. Elles veulent rester aussi longtemps que possible en bonne santé et indépendantes. Elles disent que si elles doivent dépendre d'autres personnes, elles se sentent vieilles.

Comment maintenir les gens en bonne santé et indépendants aussi longtemps que possible? Il y a trois réponses fondamentales. D'une part les services de soutien; d'autre part un vieillissement réussi et, troisièmement, des services gériatriques spécialisés.

Les aînés vivent dans trois pays. Le pays des biens portants, où vivent 80 p. 100 d'entre eux, celui de ceux qui sont fragiles, 15 p. 100 et celui des foyers, environ 5 p. 100 mais qui peut aller jusqu'à 10 p. 100 dans certaines provinces.

Le plus gros facteur risque de pratiquement toute maladie est l'âge. Si l'on est âgé, on a des maladies multiples. Ces maladies doivent être traitées, et il faut s'occuper aussi des handicaps qui en découlent.

Le principal point d'action de la gériatrie est le monde des personnes âgées de santé fragile. Ce groupe s'accroche difficilement. Soit ces gens-là dépendent d'autres pour leurs activités quotidiennes soit risquent fortement d'en dépendre. C'est là qu'il faut agir. Si l'on fait le nécessaire auprès de ce groupe, on peut les ramener parmi les biens portants ou les garder fragiles sans accroître leur dépendance ou sans qu'ils soient obligés d'aller dans des foyers.

Si l'on considère la façon dont fonctionne actuellement le modèle, il semble que l'on revienne à l'entrepôt. Nous construisons davantage de lits de foyer, mais peu de foyers offrant

services. The current mentality seems to be that if you have seniors who are having trouble doing things, you put in homemakers as a solution. If seniors are having greater trouble doing things, you put them in a nursing home.

We do not look at optimizing the person before considering any aspect of services. Services for seniors are very long term and very expensive.

I suggest to you that, as we look at seniors going from well to frail to institutionalized, we note that the arrows are two-way between well and frail. It is well confirmed in Statistics Canada studies that a large part of the frail population from year to year can go to well or back to frail again.

Geriatric assessment and treatment services work to optimize the health of the frail by diagnosing, treating and optimizing diseases. We cannot make the diseases better, but we can improve the disabilities. We can make a person more independent and less in need of human help, which is where they want to be. Only after the person has been optimized should you look at support services.

Our model of care is to put seniors with problems into a nursing home, which does not work. Successful aging can work at all three stages, because if people do things themselves, they will be as healthy as possible.

At this stage, my medical students are usually falling asleep, so I put up a cartoon. This is on the influenza injection, which is a wonderful intervention. It decreases morbidity, mortality, and hospital use. An American study found that it saved \$139 per vaccinated senior.

The key to staying healthy is exercise, and I will tell you of two studies. There have been over 100 studies done on exercise and aerobics and heart and lung fitness.

Elderly women training two times a week for six months were made five years younger in terms of heart and lung capacity. Over an eight-week strength training program for women in their 90s living in nursing homes, it was found that they increased their quadricep muscle strength by 174 per cent. People stopped falling. They threw away canes and walkers. Those are two examples of the many things to be done in terms of successful aging.

I run specialized geriatric services. There is a range of these services available, both inpatient and outpatient. Our "technology" is a team of professionals working together, looking at diseases and disabilities and how to improve those.

One of our major challenges is that some ways of thinking are very wrong, and we deal with that. The fundamental premise that we work under is that much of the disease, the disability and the

des services à domicile. La mentalité actuelle semble être que s'il y a des personnes âgées qui ont du mal à faire le nécessaire, la solution est de leur trouver une auxiliaire familiale. Si la situation s'aggrave, on les met dans un foyer.

Nous n'essayons pas d'optimiser l'intéressé avant d'envisager ce type de services. Les services pour les personnes âgées sont à très long terme et très coûteux.

Quand on considère que les personnes âgées passent du monde des biens portants à celui des personnes fragiles puis à celui des personnes en foyer, il faut reconnaître que les flèches vont dans les deux sens entre les biens portants et les fragiles. Les études de Statistique Canada confirment bien que d'année en année une bonne partie de la population fragile peut devenir bien portante ou redevenir fragile.

L'évaluation gériatrique et les services de traitement visent à optimiser la santé des personnes fragiles en diagnostiquant, traitant et optimisant les maladies. Nous ne pouvons pas améliorer les maladies, mais nous pouvons améliorer les handicaps. Nous pouvons rendre quelqu'un plus indépendant et faire que cette personne ait moins besoin de l'aide d'autrui, car c'est en fait ce que veulent les personnes âgées. Nous devons donc tirer le meilleur d'une personne avant d'envisager des services de soutien.

Notre modèle de soins est de mettre les aînés qui ont des problèmes dans un foyer, solution qui ne marche pas. Un vieillissement réussi peut marcher aux trois étapes parce que, si les gens font les choses eux-mêmes, ils seront en aussi bonne santé que possible.

Quand j'en arrive là, mes étudiants en médecine ont tendance à s'endormir et c'est pourquoi je présente un dessin humoristique. C'est sur le vaccin contre la grippe, qui est une intervention magnifique. Cela diminue la morbidité, la mortalité et l'hospitalisation. Une étude américaine a permis de constater que cela économise 139 \$ par aîné vacciné.

La clé de la santé est l'exercice, et je vais vous parler de deux études. On a fait plus de 100 études sur l'exercice, l'aérobic, le cœur et les poumons.

Des femmes âgées faisant de l'exercice deux fois par semaine pendant six mois ont rajeuni de cinq ans pour ce qui est de leurs capacités cardiaque et pulmonaire. Après un programme d'exercice de huit semaines pour des femmes de plus de 90 ans vivant dans des foyers, on a constaté que la force de leurs quadriceps avait augmenté de 174 p. 100. Elles ne tombaient plus. Elles abandonnaient leurs cannes et leurs ambulateurs. Ce ne sont là que deux exemples.

Je dirige des services gériatriques spécialisés. Il existe tout un éventail de services, tant pour les patients internes que pour les patients externes. Nous sommes une équipe de professionnels et examinons ensemble les maladies et les handicaps dont souffrent ces personnes et comment les aider.

Un des gros problèmes est qu'il y a des idées très fausses à ce sujet. Nous partons du principe que beaucoup de maladies, handicaps et problèmes de dépendance chez les personnes âgées



dependency in old age are due to preventable, treatable, or manageable conditions. That is not a commonly held tenet out there.

The seniors with complex health problems have unique needs and present specific challenges. I explain it to doctors by saying that seniors do not read the medical textbook, so they do not know that when they have depression, they must be in a sad mood. The disease is missed, not treated, and the person goes way down. There are many problems with accurate diagnosis.

The next slide is from the leading medical journal in Canada, from two days ago in the *Toronto Star*, which dictates health policy in Ontario. I can tell you that for sure. William Molloy is a renegade Irish geriatrician from Hamilton who was quoted as saying that he is "just plain fed up" and he is "about ready to call it quits."

Like many doctors who specialize in caring for the elderly, he is frustrated by long hours, poor pay and constantly banging up against a brick wall.

My second element of "people power" has two aspects. The first aspect of people power is generalist; we must make sure that every health professional has a core knowledge in care of the elderly, because that is where most of the work is done. The second is specialists like myself, who are rarer in number and are only referred to when there are special problems.

How are we doing in medical schools? The medical school curriculum is about 8,000 hours over four years. These figures are from surveys that I did over the last two decades to measure the amount of time spent on geriatric education. We have one survey being returned now that shows we were at 10, 31, and 65 hours. The trend is up, but the problem is that we are far less than 1 per cent per year of the curriculum. That is despite the fact that family physicians who graduate today will spend two-thirds of their clinical time caring for elderly people. There is a dangerous mismatch in terms of knowledge.

Back to *The Toronto Star*. David Hogan, who is the current President of the Canadian Geriatric Society, stated in this article that only seven physicians in Canada are entering programs to become specialists in geriatric medicine this July. Four in Quebec, because they are generally ahead of the game in geriatrics. Thus, there are three in the rest of Canada, which is just unbelievable. What will happen in the future? The recommended ratio is one per 10,000 people over 75 years of age. That is a U.K. recommendation. In Ontario we have done studies that show the expert opinion here gives roughly the same ratio. We are way short of that. We have 144 now and we need 640 — 500 short. If

peuvent être évités, traités ou gérés. Beaucoup de gens n'en sont pas convaincus.

Les personnes âgées qui souffrent de sérieux problèmes de santé ont des besoins qui leur sont propres et posent des défis particuliers. J'explique aux médecins que, comme elles ne lisent pas les manuels médicaux, elles ne savent pas que lorsqu'elles sont déprimées, elles seront nécessairement tristes. La maladie passe souvent inaperçue et n'est pas traitée. De nombreux facteurs expliquent qu'il n'est pas toujours possible de poser un diagnostic exact.

L'acétate suivante reproduit un article paru il y a deux jours dans le *Toronto Star* et provenant d'un important journal médical canadien qui fait la pluie et le beau temps dans le domaine de la politique de la santé en Ontario. Je suis sûr de ce que j'avance. William Molloy est un gériatre irlandais renégat d'Hamilton qui est cité dans ce reportage et qui dit en avoir assez et être prêt à abandonner sa profession.

Comme de nombreux médecins qui traitent les personnes âgées, il se plaint de travailler pendant de longues heures, d'être mal payé et de constamment faire face à un mur.

Le deuxième point dont je voulais vous parler, celui des ressources humaines, comporte deux aspects. Il y a d'abord l'aspect du généraliste. Nous devons nous assurer que tous les professionnels de la santé possèdent une formation de base dans le domaine gériatrique là où se concentre la plupart du travail. Le second aspect est celui des spécialistes comme moi qui sont rares et vers lesquels on ne dirige les patients que lorsque ceux-ci souffrent de problèmes particuliers.

Quand est-il de la formation dispensée dans les facultés de médecine? Le programme d'études médicales comporte plus de 8 000 heures d'études réparties sur huit ans. Ces chiffres proviennent de sondages que j'ai menés au cours des deux dernières décennies sur le temps consacré à la formation gériatrique. Un sondage que nous dépouillons actuellement montre que la formation gériatrique dispensée dans les facultés de médecine se limitait à 10, 31 et 65 heures. La tendance est à la hausse, mais nous sommes loin de consacrer un pour cent du programme d'étude à la gériatrie, et ce, malgré le fait que les médecins de famille que produisent aujourd'hui nos facultés de médecine consacreront le tiers de leur temps clinique à traiter des personnes âgées. Force nous est de constater que la formation qu'ils reçoivent dans le domaine gériatrique ne reflète pas cette réalité.

Revenons au reportage du *Toronto Star*. David Hogan, l'actuel président de la Société canadienne de gériatrie, affirme dans cet article que seuls sept médecins canadiens commenceront une spécialisation en gériatrie à compter du mois de juillet. Quatre de ces médecins sont du Québec où la médecine gériatrique est plus avancée qu'ailleurs au Canada. Il est impensable que trois médecins seulement dans tout le Canada se dirigent vers cette spécialité. Qu'advient-il dans l'avenir? Le ratio recommandé pour ce qui est des gériatres est de un par 10 000 habitants de plus de 75 ans. Il s'agit du ratio recommandé en Grande-Bretagne. D'après le spécialiste de la question en Ontario,

we go to the year 2016, which is when there will be many more elderly, we will be shorter still, at the current rates of production. There is nothing being done to increase the training slots. I have residents coming to me to ask why they should do two more years' training in geriatrics so that they can earn 30 to 50 per cent less money. The fee-for-service system does not work. The situation is worse for clinical nurse specialists in the system.

Turning to what little I know about money, the likelihood that a 65-year-old will reach age 80 is huge. The figures are 73 per cent for women and 58 per cent for men. At 80 years, seniors start to use up much more money in terms of the services required. Seniors as consumers of the Ontario health care budget now are eating up 44 per cent. One thing that is not well recognized, especially among acute hospital CEOs, is that the major client is the elderly. When I talk to CEOs, they are shocked to find out that 50 to 60 per cent of hospital days are taken up by elderly people. The hospital of the future will be a small ICU for middle-aged and young people, and the rest of it will be for the elderly.

One of the key costs on the increase is medication. As you get older your health care costs go up. It is interesting to hear that seniors are consuming so much money. I spoke to a colleague in Sweden who asked why we are spending so much money on middle-aged people because they are supposed to be healthy.

Back to my last quote, from *The Toronto Star*, from Dr. Michael Rachlis:

The impact alone of the aging population has been overblown. The elderly are getting healthier than ever. The real increase in costs appears to come from the intensity of service, not increasing numbers of elderly.

However, the studies show a 1 per cent increase per year in costs from the numbers alone. That is probably sustainable, but expensive. The real trouble is that Dr. Rachlis never talks about how the intensity of service is changing, and how the next generation of seniors will be much more demanding.

There are numerous examples of where we are drastically under-treating seniors in terms of cardiac care and hypertension, which is being controlled in only 16 per cent of seniors. There is a condition called atrial fibrillation that predisposes to stroke. If that is treated with blood thinners, the risk of stroke goes down 70 per cent per year, and yet only 20 per cent of elderly people

le ratio dans la province devrait être le même. Or, nous en sommes très loin. La province compte 144 gériatres à l'heure actuelle et devra en compter 640, un écart de 500. En l'an 2016, lorsque la population comptera beaucoup plus de personnes âgées, nous manquerons encore davantage de gériatres si la situation actuelle se maintient. Rien n'est actuellement fait pour former davantage de gériatres. Des résidents s'adressent à moi et me demandent pourquoi ils devraient faire deux ans d'étude de plus pour devenir gériatres et gagner de 30 à 50 p. 100 de moins que d'autres spécialistes. Le système de la rémunération à l'acte ne fonctionne pas. La situation est encore plus grave pour ce qui est des spécialistes en soins infirmiers cliniques.

Parlons maintenant d'un sujet que je connais peu, celui des coûts. Les personnes âgées de 65 ans ont de bonne chance de vivre jusqu'à 80 ans. En fait, 73 p. 100 des femmes vivront jusqu'à cet âge et 58 p. 100 des hommes. À 80 ans, les personnes âgées commencent à avoir besoin de beaucoup plus de soins. Elles accaparent maintenant jusqu'à 44 p. 100 du budget des soins de santé en Ontario. Ce dont on ne semble pas être tellement conscient, surtout parmi les PDG des hôpitaux de soins actifs, c'est que la plupart de leurs clients sont des personnes âgées. Lorsque je m'entretiens avec les PDG des hôpitaux, ils sont surpris d'apprendre que 50 à 60 p. 100 des jours d'hospitalisation sont utilisés par les personnes âgées. L'hôpital de l'avenir comportera une petite unité de soins aigus pour les gens d'âge moyen et pour les jeunes, et le reste de l'hôpital sera consacré au traitement des personnes âgées.

Une bonne partie de l'augmentation des coûts des services médicaux est attribuable aux médicaments. Quand on vieillit, on dépense davantage au chapitre de la santé. Il est intéressant de savoir que tant d'argent est consacré aux personnes âgées. Un collègue suédois m'a demandé pourquoi nous consacrons tant d'argent aux personnes d'âge moyen parce qu'ils sont censés être en santé.

Une dernière citation du *Toronto Star* attribuée au Dr Michael Rachlis:

On a exagéré l'impact du seul phénomène du vieillissement de la population. Les personnes âgées sont en meilleure santé que jamais. L'augmentation réelle des coûts de santé semble attribuable à une intensification des services, et non pas à une augmentation du nombre de personnes âgées.

Or, les études révèlent que les coûts de santé augmentent de 1 p. 100 par an en raison de la seule augmentation du nombre de personnes âgées. Ce taux d'augmentation est peut-être soutenable, mais il représente des coûts élevés. Le Dr Rachlis ne dit jamais comment les services s'intensifient et il ne dit pas non plus que la prochaine génération de personnes âgées exigera encore davantage dans le domaine de la santé.

Or, seulement 16 p. 100 des personnes âgées qui souffrent de troubles cardiaques et d'hypertension artérielle sont traitées pour ces maladies. Il existe une condition qu'on appelle la fibrillation auriculaire qui prédispose à un accident cérébrovasculaire. L'administration d'anticoagulants réduit les risques d'accident cérébrovasculaire de 70 p. 100; or, seulement 20 p. 100 des



who should be treated are treated. The intensity of services is very low.

In fact, I think it is almost "ageist" in nature in terms of how we do not do enough for seniors in terms of their health care.

The next topic is osteoporosis. After a fracture of the hip, how many elderly women are tested in hospital for osteoporosis? Only 10 per cent. That is another example of under-intensity of services.

Health care costs will go up and that is fact. How much they will increase I do not know. Some of the choices that we do have include how we spend our money. It is very clear that if we keep spending the money the way we are now, we will be in big trouble. The good news is that there is so much more to be done that will decrease the costs of health care in the future. We have no concerted effort around health promotional activities for successful aging in seniors. It is no wonder they do not receive their health vaccinations, and they do not do their exercises or strength training. Those things have huge potential to decrease services. Increasing education amongst family physicians, and all physicians in general, holds tremendous potential to save money. Developing more specialized geriatric services to make the person better, rather than throwing services at them, again has the potential to save more money.

The last three slides speak to the similarity between the seniors boom and the Y2K phenomenon. There are ways that it is similar, in that Y2K was a big crisis that we could see on the horizon, just as we see the seniors' boom. Little had been done until almost too late. With Y2K, we did a tremendous amount right at the brink. We see in the paper every day something about seniors or Alzheimer's, but if you look at what has been done to make changes in the last five years, it is stunningly little.

We recognize the huge impact of Y2K and of seniors, and we recognize the dollars that most of them require — some aspect of multidimensional solutions. The second-last slide shows what the differences are. This is what really scares me in terms of meeting the future — Y2K was technology dependent, thus making the solutions much easier.

The issue of the seniors boom is people dependent. To train a geriatric specialist takes six years after medical school. To make a change in a medical school curriculum probably takes a century, because the deans all have "curriculumsclerosis."

You can work on Y2K with a flurry of late action, but the seniors boom needs a long planning and action horizon. That is part of the problem. Politicians and governments rarely have a long planning and action horizon. The action needs to take place

personnes âgées qui devraient prendre ces médicaments le font. Je pense qu'on ne peut pas vraiment parler d'une intensification des services.

En fait, je pense que nous ne nous occupons pas vraiment suffisamment de la santé des personnes âgées.

J'aimerais maintenant vous parler de l'ostéoporose. Après une fracture de la hanche, combien de femmes âgées passent-elles un test de dépistage de l'ostéoporose? Seulement 10 p. 100. Voilà un autre exemple qui montre qu'il n'y a pas d'intensification des services.

Les soins de santé augmenteront et c'est un fait. Je ne peux cependant pas vous dire dans quelle proportion ils augmenteront. Certains choix s'offrent à nous quant à la façon dont nous allons dépenser notre argent. Il est bien évident que si nous continuons à le faire comme nous le faisons maintenant, nous allons faire face à de sérieux problèmes. La bonne nouvelle, c'est que nous pouvons faire beaucoup pour réduire les frais de santé dans l'avenir. Aucun effort concerté n'est fait pour inciter les personnes âgées à s'occuper de leur santé. Comment peut-on se surprendre du fait qu'elles ne reçoivent pas les vaccins voulus ou qu'elles ne font pas d'exercice pour conserver leur force. Or, ce genre de mesures contribueraient grandement à réduire le coût des services. On pourrait économiser beaucoup d'argent en donnant une meilleure formation dans le domaine gériatrique aux médecins de famille et à tous les médecins en général. Au lieu d'augmenter les services destinés aux personnes âgées, il conviendrait d'accroître la formation gériatrique des médecins.

Les trois dernières acétates font ressortir les points communs entre l'augmentation du nombre de personnes âgées et le phénomène de la conformité à l'an 2000. Tout comme une crise se profilait à l'horizon à l'approche de l'an 2000, une crise menace d'éclater en ce qui touche les personnes âgées. Dans le cas de l'an 2000, on a attendu jusqu'à la dernière minute pour prendre les mesures voulues. Les journaux nous parlent tous les jours de la situation des personnes âgées ou de l'Alzheimer, mais force nous est de constater qu'on a très peu fait depuis cinq ans pour venir en aide aux personnes âgées.

Nous sommes conscients que des phénomènes comme la conformité à l'an 2000 et le vieillissement de la population exigent des investissements importants. Certains problèmes exigent des solutions multidimensionnelles. L'avant-dernière acétate montre ce qui se distingue ces deux phénomènes l'un de l'autre. C'est ce que je trouve le plus effrayant au sujet de l'avenir. La solution était plus simple dans le cas de la conformité à l'an 2000 puisqu'elle était de nature technologique.

Dans le cas des personnes âgées, la solution repose sur les ressources humaines. Une formation en gériatrie représente six années d'études après la faculté de médecine. Comme les doyens de ces facultés me semblent tous atteint de la «sclérose du programme», il faudra sans doute attendre un siècle avant qu'on change le programme d'études dans les facultés de médecine.

On peut s'activer à la dernière minute dans le cas d'un problème comme celui de la conformité à l'an 2000, mais dans le cas du vieillissement de la population, il faut s'y préparer longtemps à l'avance. Cela fait partie du problème. Or, les

now, even though the seniors numbers will not go up dramatically for another 10 years.

There are tremendous opportunities to make meaningful changes now that will not only make seniors healthier, but also cost less.

**Dr. Byron G. Spencer, Professor of Economics; and Director, Research Institute for Quantitative Studies in Economics and Population, McMaster University:** When I was asked to come here, my topic was to be population aging and its economic impact on the health care system. I felt that was fairly broad, especially for 10 minutes. It corresponds to a graduate course that I give that takes a full term. I will present a distillation of such materials into 10 minutes.

The first item is population aging. There certainly is no question that the population is aging, and that we can expect a much older population in the future than we have observed in the past. This is typical of developed countries, and I think it is important to look at the situation and make comparisons internationally.

On this slide, Canada is the red line here and this mark is the elderly dependent. This is from an OECD publication. Elderly is defined as 65 years of age and older. It is relative to the population of those 15 years of age to 64 years. That is a loose definition of the provider group, if you like.

According to this graph, Canada has a low ratio here. At present the ratio has been rising, as we realize, but not significantly. The projection is that in 2011, when the beginning of the baby boom generation reaches the age of 65 years, and for the subsequent 20 years as the generation becomes progressively all over the age of 65 years, this proportion will rise significantly.

As it rises, we will note on this chart that it still is not high by international standards. It is high by historical standards, but not compared to other developed countries. It will remain, in this particular projection, about the same as the U.S. It will remain below the European Community and well below the level projected for Japan.

The dependency ratio is a measure that is often used to describe how important aging is. I would like to show you on this slide a measure of the dependency ratio that is different from a previous slide. It is the ratio of population per member of the labour force. This ratio was very high when the baby boom generation was young. It is now, and has been for many years, very low.

dirigeants politiques et les gouvernements négligent souvent la planification à long terme. Il est nécessaire de planifier aujourd'hui pour l'avenir, même si le nombre de personnes âgées n'augmentera pas de façon considérable avant 10 ans.

De grandes occasions s'offrent à nous aujourd'hui d'apporter des modifications importantes à notre système de soins de santé, qui permettront non seulement d'améliorer la santé des personnes âgées, mais de réduire nos dépenses au titre de la santé.

**M. Byron G. Spencer, professeur d'économie et directeur du Research Institute for Quantitative Studies in Economics and Population, université McMaster:** Lorsqu'on m'a invité à comparaître devant le comité, on m'a demandé de préparer un exposé sur le vieillissement de la population et sur l'impact économique de ce phénomène sur le régime de soins de santé. J'ai pensé qu'il s'agissait d'un sujet assez vaste, compte tenu en particulier du fait que mon exposé ne devait pas dépasser 10 minutes. Il s'agit d'un sujet que j'enseigne pendant tout un trimestre à l'université. Je vais donc essayer de condenser en 10 minutes le contenu de cet enseignement.

Parlons d'abord du vieillissement de la population. Il ne fait aucun doute que la population vieillit et qu'on peut s'attendre à ce que la population soit beaucoup plus vieille dans l'avenir que ce que nous avons observé jusqu'ici. Le vieillissement de la population est un phénomène qui se constate dans tous les pays développés, et je pense qu'il convient à cet égard de faire des comparaisons internationales.

Sur cette acétate, le Canada représente cette ligne rouge, qui correspond au ratio de dépendance, lequel est fonction du nombre de personnes âgées. Ce graphique est tiré d'une publication de l'OCDE. On définit une personne âgée comme une personne ayant au moins 65 ans. Le ratio est établi en fonction de la proportion de personnes âgées dans une population âgée de 15 à 64 ans. Il s'agit d'une définition assez large.

D'après ce graphique, le ratio de dépendance est faible au Canada. Comme nous le savons, ce ratio augmente, mais il n'est pas très élevé. On s'attend cependant à ce qu'il ait augmenté considérablement en 2011 lorsque les premiers membres de la génération du baby-boom atteindront 65 ans ainsi que pendant les 20 années suivantes, lorsque l'ensemble de la génération atteindra cet âge.

Bien que le ratio augmente, on voit sur ce graphique qu'il n'est pas très élevé par rapport au ratio international. Le ratio de dépendance au Canada est élevé par rapport au ratio historique, mais il n'est pas élevé si on le compare au ratio des autres pays développés. D'après ces prévisions, il demeurera à l'avenir à peu près le même qu'aux États-Unis. Il continuera d'être inférieur au ratio dans la Communauté européenne et de beaucoup inférieur au ratio prévu au Japon.

Le ratio de dépendance est un indicateur qui est souvent utilisé pour décrire l'importance du phénomène du vieillissement de la population. L'acétate suivante montre un ratio de dépendance qui diffère de celui de l'acétate précédente. Il s'agit du ratio de la population par membre de la population active. Ce ratio était très élevé lorsque les membres de la génération du baby-boom étaient jeunes. Depuis de nombreuses années, il est maintenant très bas.



The Canadian dependency ratio is very low, and it will remain very low until 2011, after which it starts to rise. I would emphasize that it rises gradually. The ratio of population to labour force rises to about 2 when the baby boom is fully in retirement, as compared to the historical point when the baby boom was young, at which time the ratio of population to labour force was about 2.8.

Consistent with some comments made earlier by Mr. Robson, this ratio varies a great deal across the country. It is important to realize the fiscal implications of this, particularly for health care, and certainly for other things as well.

The Canada numbers are shown on this slide, along with the two highest and the two lowest numbers. Newfoundland and New Brunswick stand out as having very high dependency ratios. Ontario and Alberta have low dependency ratios.

What does that imply for costs to government budgets in particular? This slide has some projections that look at this. What would be the implication for health care costs, and for other elements of government costs, if the same delivery of services were provided in the future as in the past to individuals of each age and each sex?

This graph gives a projection in which 1986 is taken as a reference year. The population projection looking ahead to 2031 is 50 per cent higher. Health care costs go up 100 per cent over that period. This is one of those scary numbers, as previously mentioned, although I do not regard this as being terribly scary.

Population increases 50 per cent over that period. Health care costs over that period are double that increase.

This slide shows the scariest numbers in terms of expenditures. Social security expenditures in the same reference period increase more than threefold. There is a 200 per cent increase, as compared to the 50 per cent increase in the population, who must sustain the social security system, including OAS, GIS, CPP and QPP.

At the same time that all that is happening, in consequence of population change alone, education costs go up slowly. Population increases by 50 per cent during that period; education cost over that period goes up 10 per cent in consequence of population change. Those costs are going up, but they are going up slowly relative to the population.

This graph shows a figure that brings everything together. Health care and social security together account for 25 per cent of government budgets for all levels in total. Health care accounts for another bit, but collectively they are under 40 per cent of government budgets. Other costs account for 60 per cent of services which are mostly not used by older people.

Le ratio de dépendance au Canada est très bas et demeurera très bas jusqu'en 2011, date à partir de laquelle il commencera à augmenter. J'insiste sur le fait que le ratio augmentera progressivement. Le ratio par rapport à la population active passe à 2 lorsque l'ensemble de la génération du baby-boom aura atteint l'âge de la retraite. Lorsque les membres de la génération du baby-boom étaient jeunes, ce ratio s'élevait à environ 2,8.

Comme M. Robson l'a fait remarquer plus tôt, ce ratio varie beaucoup d'une partie du pays à l'autre. Il importe de comprendre l'importance de ce facteur au point de vue budgétaire, particulièrement dans le domaine de la santé, mais dans d'autres domaines également.

L'acétate suivante montre la situation à cet égard au Canada et présente les deux provinces où le ratio est le plus élevé et le moins élevé. Le ratio de dépendance est très élevé à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick et est peu élevé en Ontario et en Alberta.

Qu'est-ce que cela signifie sur le plan des dépenses gouvernementales en particulier? L'acétate suivante présente des projections à cet égard. Quelle serait l'incidence sur les dépenses au titre de la santé ainsi que sur d'autres dépenses gouvernementales si l'on maintient le niveau de service actuel par groupe d'âge et par sexe?

Ce graphique donne des projections pour lesquelles l'année de référence est 1986. D'après ces projections, la population sera en 2031 50 fois plus élevée qu'elle ne l'est à l'heure actuelle. Les soins de santé augmenteront de 100 p. 100 pendant cette période. Voilà l'un des chiffres effrayant dont je vous parlais plus tôt bien qu'il ne me semble pas si effrayants que cela.

La population augmente de 50 p. 100 pendant cette période. L'augmentation des dépenses, au titre de la santé pendant la même période, double.

Cette acétate-ci montre les chiffres les plus alarmants pour ce qui est des dépenses. Pendant la même période de référence, les dépenses au titre de la sécurité sociale font plus que tripler. L'augmentation est de 200 p. 100 comparativement à une augmentation de 50 p. 100 de la population devant financer le régime de sécurité sociale qui comprend la SV, le SRG, le RPC et le RRQ.

Parallèlement à l'essor démographique, on constate une augmentation du coût des études. Pendant la période où la population augmente de 50 p. 100, le coût des études augmente de 10 p. 100. Le coût des études augmente, mais il augmente lentement par rapport à l'augmentation de la population.

Ce graphique donne un aperçu de la situation d'ensemble. Les dépenses au titre des soins de santé et de la sécurité sociale représenteront au total 25 p. 100 des dépenses gouvernementales totales. Si on ajoute à ce chiffre les dépenses au titre de la santé, les dépenses dans ces trois domaines représentent moins de 40 p. 100 des dépenses gouvernementales totales. D'autres services, dont le coût représente 60 p. 100 des dépenses totales, sont des services qui, pour la plupart, ne sont pas utilisés par des personnes âgées.

If we consolidate all of the different categories of expenditure, not just the areas where there is an age-related potential crisis, the impact is, in a series of progressions, that government expenditure increases in consequence of population change and the aging of the population at very much the same rate as the population as a whole. Government expenditures would increase approximately 50 per cent over that period, while the population increases 50 per cent over that same projection period.

I think that is quite a remarkable finding, and not widely acknowledged. People who have looked at it closely are convinced that that is the case.

That suggests to us that the main problem with prospective population aging is not in the aggregate impact that the aging of the population will have on government expenditures, but rather will be in an allocation form.

The total GDP is increasing and government expenditures are also increasing. It is an allocation matter. Education expenditures will not go up as much as social security and health care. There is an allocation adjustment, not a crisis, associated with the overall response to the aging of the population.

I will turn specifically to one dimension of health care requirements and population change. There is a reference to population change and the requirements for physicians. I will illustrate this with the case of Ontario, drawing on a recent paper.

These are age profiles of the use of physician services. Across the chart you can see age, going from youngest to oldest. These are dollar figures, but the shape is all that matters. This is general practice, internal medicine, anaesthesia et cetera — there are 19 different categories of physician specialties — and then all categories combined.

It is important to look at the shape indicated on the chart. I emphasize that the general shape is, not surprisingly, that utilization, as represented by fee payments per capita, increases with age. That is certainly true of general practice. Looking at the various specialties, the expenditures often peak before we reach the very oldest group, and then they fall. That is typical. There are some specialties for which expenditures and utilization decline well before that. For example, in paediatrics, psychiatry, obstetrics and gynaecology, where the expenditure patterns are different. Overall, we see expenditures and the utilization of physician services increase with age.

The question arises: What will the future requirements for physicians look like in consequence of the changing age distribution of the population as all of this happens? We can take this set of profiles and use them to look ahead and to try to answer that very question, using different assumptions about how the population will change.

Si nous consolidons toutes les catégories de dépenses et que nous ne tenons pas simplement compte des domaines où le vieillissement de la population risque de créer une crise, on constate que les dépenses gouvernementales augmentent progressivement dans une proportion comparable à l'augmentation du vieillissement de la population et à l'augmentation de la population en général. Les dépenses gouvernementales augmenteront d'environ 50 p. 100 pendant cette période, c'est-à-dire pendant la période où la population augmentera de 50 p. 100.

Je crois qu'il s'agit d'une constatation très intéressante dont on ne tient pas suffisamment compte. Les spécialistes de la question confirment la validité de ces projections.

Cette constatation nous montre que le principal problème que pose le phénomène du vieillissement de la population n'est pas l'impact global qu'il aura sur les dépenses gouvernementales, mais plutôt sur l'affectation des crédits.

Le PIB augmente de même que les dépenses gouvernementales. Il s'agit d'une question d'affectation des crédits. Les dépenses au titre de l'éducation n'augmenteront pas autant que les dépenses au titre de la sécurité sociale et de la santé. Il s'agit donc d'une question d'allocation des crédits et non pas d'une crise qui serait causée par le vieillissement de la population.

J'aimerais maintenant vous parler plus particulièrement d'un aspect des besoins en matière de santé et du vieillissement de la population. Je songe ici au besoin en médecins. Je vais prendre l'exemple de l'Ontario et me reporter à cet égard à une étude récente.

Voici les taux d'utilisation des services médicaux par groupes d'âge. Le tableau va des plus jeunes aux plus vieux. Il s'agit de chiffres en dollars, mais ce qui importe, c'est la courbe du tableau. Ces chiffres correspondent à la médecine générale, à la médecine interne, à l'anesthésie, etc. — on donne 19 catégories de spécialisations médicales — et ensuite, on donne le total pour l'ensemble de toutes les catégories.

Il importe d'observer la courbe du tableau. Il n'est pas surprenant de voir que le recours aux services, représenté par les paiements à l'acte par habitant, augmente avec l'âge. Cela vaut certainement pour la médecine générale. Si l'on prend le cas des spécialisations médicales, on voit que les dépenses plafonnent avant d'atteindre le groupe des personnes très âgées. C'est typique. Dans certaines spécialisations médicales, les dépenses et le taux d'utilisation des services diminuent bien avant d'atteindre ce groupe. Je songe notamment à la pédiatrie, à la psychiatrie, à l'obstétrique et à la gynécologie. De façon générale, on constate cependant que les dépenses au titre de la santé et le taux d'utilisation des services médicaux augmentent avec l'âge.

La question qui se pose est celle-ci: comment se présentera la demande en médecins à l'avenir, compte tenu du vieillissement de la population? Nous pouvons nous servir de ces chiffres pour essayer de répondre à cette question en formulant diverses hypothèses sur l'évolution de la population.



I will just quickly mention that the total population, starting from 2000, is projected to increase by about 20 per cent in Ontario by 2020. Incidentally, I should also say that the reason for using data from Ontario, rather than all of Canada, is that in Ontario, the payment of fee-for-service physicians accounts for 98 per cent of total billings in the year that I will use. We have a comprehensive set of physician services covered here. That is not possible for any other province, and thus we use data from Ontario, although we initially attempted to use all of Canada.

I will now discuss what the projections tell us about history and the future. The history of projections suggests that the index of requirements for physicians went up, if we take year 2000 as being at 100, from 71 to 2,000. The five-year growth rate fizzles with increases of 8.6 per cent and 12, 3, 7, 8, 7 and 4 projected total growth rates and requirements for physician on the assumption that age utilization profiles are maintained.

The point of this paper, which I wish to emphasize, is that historically, most of that increase in physician requirements was the result of population growth, not the result of population aging. Looking at this graph, we see that this is the component attributable to population growth and this is attributable to population aging. The aging component is in the order of one-sixth or one-fifth of the total, historically, over the five years.

The total requirements for physicians to provide the same services, as the population grows and ages, under the standard projection would grow by 30 per cent from 2000 to 2020, while the population grows by 20 per cent. Most of that growth, however, is slower overall, but again, most of that remains attributable to the size of the population and not to population aging.

That is most important to understand and emphasize — that the increase in the demand for health care services, and physician services in particular, which we have observed in recent years, and which so much of the commentary in the popular press is suggesting is a result of population aging, is not. Most of that increase is attributable to population growth.

I will conclude this component of my remarks by saying that there is a broad range of projections under alternative assumptions about where the population is going. It is the same result, whether the population grows in the future more or less quickly than the standard projection, or whether mortality rates are higher or lower. The component in increase of requirements for physicians attributable to population aging falls short of the component attributable to population growth.

What is the implication of all that for the types of physician services that will be required in the future? Dr. Dalziel might find this aspect of some interest.

These are the same specialties that we identified earlier — 19 of them — comprising general practice, medical and surgical specialties, and laboratory medicine. This shows both the

J'aimerais mentionner brièvement qu'on s'attend à ce que la population totale de l'Ontario augmente de 20 p. 100 d'ici 2020. Je voudrais faire remarquer que la raison pour laquelle nous utilisons des données portant sur l'Ontario plutôt que sur l'ensemble du Canada est qu'en Ontario, la rémunération à l'acte des médecins représente 98 p. 100 de tous les services facturés. Ces chiffres portent sur un ensemble global de services médicaux et n'existent pas pour d'autres provinces, c'est pourquoi nous utilisons les données provenant de l'Ontario bien que nous ayons essayé au départ d'utiliser des chiffres pour l'ensemble du Canada.

Voyons maintenant ce que les projections nous enseignent au sujet du passé et de l'avenir. Si l'on attribue à l'an 2000 la valeur 100, on déduit de ces projections que l'index relatif au besoin en médecins est passé de 71 à 2 000. Le taux de croissance sur cinq ans des besoins plafonne avec des augmentations prévues de 8,6 p. 100 et de 12, 3, 7, 8, 7 et 4 p. 100, à supposer que le profil d'utilisation des services par groupe d'âge demeure le même.

Le point que fait ressortir ce document est que jusqu'ici, l'augmentation des besoins en médecins était fonction de la croissance de la population et non pas du vieillissement de la population. Sur ce graphique, voici la partie du taux de croissance qui est attribuable à la croissance de la population et celle qui est attribuable au vieillissement de la population. On voit que la partie de l'augmentation attribuable au vieillissement de la population représente, sur cinq ans, un sixième ou un cinquième de l'augmentation totale.

D'après les projections-types, les besoins totaux en médecins pour dispenser les mêmes services à mesure que la population vieillit augmentera de 30 p. 100 de 2000 à 2020 pendant que le taux de croissance de la population dans son ensemble sera de 20 p. 100. La majeure partie de la croissance des besoins sera lente dans son ensemble, mais elle demeure surtout attribuable à l'augmentation de la population et non pas à son vieillissement.

Il est très important de comprendre ceci: l'augmentation de la demande pour les services de santé, et en particulier de la demande de médecins, qui n'est pas le résultat du vieillissement de la population, comme le suggère souvent la presse populaire. Cette augmentation est surtout attribuable à la croissance de la population.

J'aimerais faire remarquer en terminant que ces projections varient grandement en fonction des hypothèses qui sont formulées en ce qui touche l'évolution de la population. On obtient cependant le même résultat que la population augmente dans l'avenir plus rapidement ou moins rapidement que prévu, ou que le taux de mortalité augmente plus rapidement ou moins rapidement également. L'augmentation des besoins en médecins est davantage attribuable à l'augmentation de la population elle-même qu'à son vieillissement.

Que faut-il en déduire pour ce qui est du type de services médicaux dont on aura besoin à l'avenir? Ces renseignements intéresseront sans doute le Dr Dalziel.

Nous avons repris les mêmes 19 spécialisations qu'au début comme la médecine générale, la chirurgie et la recherche en laboratoire. Ce graphique montre les besoins prévus en médecins

projected and the earlier requirements for physicians in each of these categories, based on actual population historically, and on the standard population projection for the future.

The overall increase, you will recall, was 30 per cent for physicians in the aggregate as compared to a 20 per cent increase in the population. This breaks down differently, depending on the physicians' specialties. For GPs, the increase is in the order of 28 per cent. There are bigger increases for thoracic and cardiovascular surgery, at 30 per cent, and urology at 50 per cent. Some of the increases are noticeably smaller, as in obstetrics-gynaecology and paediatrics.

The bottom line is that there are predictable consequences for the health care system from demographic change. One is most certainly the specialties of the physicians who will be required to provide services to this population. It would be highly desirable if this type of information got through to medical schools, along with more training of geriatricians.

This takes us from our current position into the future. In addition, we might want to remedy the problems that we have. That would exaggerate the changes that are projected as being appropriate responses to demographic change.

**The Deputy Chairman:** Honourable senators, Dr. Spencer did send us his presentation by e-mail, but unfortunately it did not come through. We will make copies and provide them to you, because it is comprehensive.

Colleagues and witnesses, lunch is available as we continue to meet. Feel free to help yourself. I know that it is difficult for the witnesses to be running for lunch and answering questions. You are free to do that, but lunch will be available afterwards as well.

**Senator Roche:** If I am the first, permit me to express our compliments on, and our thanks for, three fascinating and stimulating presentations.

Dr. Dalziel, who emphasized the benefits of exercise programs for aging people, made me feel virtuous, as I swim every day.

He pointed to the need for more physicians for the aging. I do not understand, as I am not a physician myself, why the medical schools are not doing more to train geriatricians, since it is so obvious a problem.

Dr. Dalziel said that many young doctors do not wish to get into this because the fee-for-service system is not working. In other words, they cannot get paid sufficiently to make up for the time they must spend to prepare themselves. Why do physicians feel that if they concentrate their practice, or a significant part of it, on dealing with the aged, they will suffer financially?

**Dr. Dalziel:** It is simply time. I can run a middle-aged person through my office, usually a with simple problem, without dealing with a backdrop of five other problems and taking six drugs, in

pour chacune de ces catégories, et se fonde sur la population actuelle et son augmentation prévue.

Je vous rappelle qu'on prévoyait une augmentation des besoins en médecins de 30 p. 100 bien que l'augmentation prévue de la population soit de 20 p. 100. La répartition des besoins varie cependant selon les spécialisations. L'augmentation prévue pour les omnipraticiens est de 28 p. 100. L'augmentation pour la chirurgie thoracique et cardio-vasculaire est de 30 p. 100 et l'urologie de 50 p. 100. On prévoit des augmentations moins importantes dans le domaine de l'obstétrique-gynécologie et la pédiatrie.

Ce qu'il faut retenir c'est que les changements démographiques entraînent des conséquences prévisibles en matière de soins de santé. Cette évolution a d'abord une incidence sur le type de spécialisations médicales nécessaires. Il serait vraiment souhaitable que cette information soit transmise aux facultés médicales, et qu'on leur fasse aussi savoir qu'elles devraient accroître la formation en gériatrie.

Je vous ai présenté la situation actuelle et celle qui est prévue dans l'avenir. Nous devrions aussi chercher à régler les problèmes qui se posent actuellement. Si nous ne le faisons pas, le vieillissement de la population exigera des changements plus importants au système.

**La vice-présidente:** Honorables sénateurs, M. Spencer nous a envoyé un exposé par courriel qui ne nous est malheureusement pas parvenu. Lorsque nous l'aurons, nous en ferons des exemplaires et nous vous le distribuerons parce qu'il est très instructif.

J'aimerais signaler à mes collègues et à nos témoins qu'on nous a apporté de la nourriture. Je vous invite à vous servir. Je sais qu'il est difficile à nos témoins de se servir et de répondre en même temps à nos questions. Si vous préférez attendre, vous pourrez vous servir plus tard.

**Le sénateur Roche:** Comme je suis le premier à poser une question, permettez-moi d'abord de vous féliciter et de vous remercier de ces trois exposés fascinants et stimulants.

Docteur Dalziel, vous avez insisté sur les avantages de l'exercice pour les personnes âgées et je me suis senti vertueux en vous entendant parce que je nage chaque jour.

Vous avez aussi fait remarquer que nous devons former davantage de gériatres. Je ne comprends pas, n'étant pas médecin moi-même, pourquoi les facultés de médecine ne forment pas davantage de gériatres étant donné que le besoin dans ce domaine semble tellement évident.

Le Dr Dalziel a fait valoir que si les jeunes médecins ne s'intéressent pas à la gériatrie, c'est en raison du système de rémunérations à l'acte. Autrement dit, la rémunération ne suffit pas à compenser les années d'étude supplémentaires. Pourquoi les médecins pensent-ils qu'ils seront lésés financièrement s'ils se spécialisent surtout dans les soins aux personnes âgées?

**Dr Dalziel:** C'est une question de temps. Je peux consacrer entre 15 et 20 minutes à l'examen d'une personne d'âge moyen qui me consulte pour un problème de santé simple, quand une



15 or 20 minutes. The average consultation for a senior would take an hour to an hour and half. In most provinces, you are paid exactly the same amount for each patient. It is the same for family physicians, if not worse. They get paid exactly the same, despite the fact that the time they spend maybe three or four times longer with an elderly patient.

If I were a family physician, I would put my office up three flights of stairs with no elevator. They cannot possibly provide good care to the elderly, or they would be making less than the checker at Loblaws.

**Senator Roche:** Thus this touches on the larger topic of fee for service. It is a separate question, but affects the aging issue.

Did I understand correctly that it takes six years after medical school to specialize in geriatrics? Why such a long period of time?

**Dr. Dalziel:** The base discipline is internal medicine, which requires either three or four years. Two additional years are required for geriatric training.

That is not out of line. It takes an additional six years to become a cardiologist.

**Senator Roche:** I have a basic understanding of all this. I can understand the time needed to become competent as a cardiologist because I am digging around in the heart. However, why is it so complicated for a physician dealing with an aging person?

The aging process includes deterioration and vulnerability. I hope you will not be offended by this question, because I do not mean it that way. You are a specialist in geriatrics, but why do you need to be a super specialist in dealing with aging in order to be a good doctor for those who are getting old?

**Dr. Dalziel:** You might want to consider becoming a dean at one of the medical schools, because they do not understand it either. I will try to explain it to you, as I do to them.

One must have a very solid foundation. That foundation would allow a good general practitioner or a good internist to take care of 80 per cent of the problems of the elderly. As a specialist, I am looking at a small segment of the elderly, perhaps 10 per cent, whose problems are especially complex.

If you had an unusual heart rhythm, a regular cardiologist might be able to do the job, but it could get to a level of complexity or unusualness where you would want to go to someone more experienced with the elderly.

A classic example is depression. It affects approximately 10 per cent of the elderly. Using the information that doctors get from their textbooks, they would diagnose 1 per cent of those. That is the classic sad, blue, crying, suicidal, does not want to eat, cannot sleep, depressive. There is an entire other 90 per cent of

personne âgée peut avoir cinq autres problèmes de santé et prendre six médicaments. Il faut en moyenne consacrer de une heure à une heure et demie à l'examen d'une personne âgée. Dans la plupart des provinces, l'âge du patient n'est pas pris en compte. La situation est peut-être même pire dans le cas des médecins de famille. Que le patient soit jeune ou vieux, le médecin de famille touche exactement la même chose bien qu'il doive pouvoir consacrer de trois à quatre fois plus de temps aux patients âgés.

Si j'étais médecin de famille, j'installerais mon bureau au haut d'un immeuble de trois étages sans ascenseur. Ils ne peuvent pas s'occuper comme ils le devraient des personnes âgées, sinon ils gagneraient moins que les caissiers chez Loblaws.

**Le sénateur Roche:** Cela nous amène à aborder la question plus vaste de la rémunération à l'acte. C'est une question distincte, mais nous voyons bien qu'elle a un lien avec la question du vieillissement de la population.

Avez-vous bien dit qu'un médecin doit poursuivre ses études pendant six ans après la faculté de médecine pour obtenir une spécialisation en gériatrie? Pourquoi est-ce si long?

**Dr Dalziel:** La discipline de base est la médecine interne qui exige une formation de trois ou quatre ans. La spécialisation en gériatrie exige deux ans de plus.

Ce n'est pas inhabituel. Une spécialisation en cardiologie exige six années supplémentaires d'études.

**Le sénateur Roche:** Je comprends en gros ce que vous nous dites. Je comprends pourquoi une formation de cardiologue est si longue parce que le coeur est un organe complexe. Pourquoi la formation en gériatrie doit-elle être aussi longue puisqu'il s'agit simplement de traiter une personne âgée?

En vieillissant, le corps se détériore et devient plus vulnérable. J'espère que vous ne vous offusquerez pas de ma question parce que je cherche pas du tout à vous insulter. Vous êtes gériatre vous-même et peut-être pouvez-vous nous expliquer pourquoi il faut une spécialisation aussi poussée pour traiter les personnes âgées?

**Dr Dalziel:** Vous devriez peut-être songer à devenir doyen d'une faculté de médecine puisque les doyens semblent se poser la même question. Je vais vous donner la même explication que celle que je leur donne.

Il faut avoir une formation de base solide. Cette formation permet à un bon omnipraticien ou à un bon interniste de pouvoir traiter 80 p. 100 des personnes âgées. Comme spécialiste, je traite une petite proportion de personnes âgées, peut-être 10 p. 100, dont les problèmes de santé sont particulièrement complexes.

Si vous souffrez d'arythmie cardiaque, un simple cardiologue pourrait être en mesure de vous aider, mais les choses pourraient se compliquer à un degré tel que vous deviez vous adresser à quelqu'un qui a plus d'expérience avec les personnes âgées.

La dépression est un cas classique. Elle touche environ 10 p. 100 des personnes âgées. Mais si les médecins se contentaient de l'information qui figure dans leurs manuels, ils ne diagnostiqueraient que 1 p. 100 des cas. Il s'agit des cas classiques, où le patient se sent triste, a du chagrin, pleure, est

depression that presents atypically. It may be non-specific decline, chronic pain syndrome, or anxiety.

If you are elderly and you tell a doctor that you are anxious, you will be treated for valium deficiency syndrome. The underlying problem of depression does not get better.

There is an extra body of knowledge that is expanding dramatically. It is only in the last 10 or 15 years that countries other than Canada have started to spend money on research to learn what is different about the elderly. The additional knowledge has increased in the last 10 years..

**Senator Roche:** If a guy like me can understand the points that you are making, why cannot the deans of medical schools?

**Dr. Dalziel:** You are smarter. There is more politics in medical schools than anywhere else. They need to be pushed, because they will not listen.

**Senator Graham:** I am fascinated by all of this too. It almost sounded like General Motors versus the Chrysler Corporation. You as a geriatric specialist might spend an hour and half with a patient, as opposed to a general practitioner, who might spend 15 minutes. It raised in my mind — and I know this would be horror of horrors for medical practitioners to think of — the concept of salaried practitioners. What do you think of that concept?

**Dr. Dalziel:** I am on an alternate payment plan. I am salaried because I could not pay my mortgage if I were doing fee for service. It is the only solution for this area. We cannot attract people, even with a salary. We are at the lowest end. That is the difficulty. If the salaries were higher, not for my purposes but to attract physicians to the field, it would be a totally different situation.

Students know how much people make. The young residents know what dollar signs are attached and it is a significant deterrent now. We have been on an alternate payment plan for 10 years. We were the first in the province, because it was a matter of survival. That plan has not changed in seven years, either in increasing salaries or in allowing for an additional geriatric specialist in Ottawa. We have the same number that we had seven years ago.

**Senator Graham:** Among the groups that appeared before us was the National Advisory Council on Aging. Dr. Michael Gordon was the spokesperson. He was asked to compare the health care system in Canada with that in the United States. Even before he was asked, he offered the opinion that the health care system in Canada was much better.

suicidaire, refuse de manger, ne peut dormir, il se sent dépressif. Dans 90 p. 100 des cas, la dépression présente des symptômes atypiques. Peut-être s'agit-il de déclin non spécifique, de syndrome de douleurs chroniques, ou d'anxiété.

Si vous êtes une personne âgée et que vous dites à votre médecin que vous souffrez d'anxiété, celui-ci diagnostiquera le syndrome de carence en valium. Or, le problème sous-jacent de la dépression ne s'améliore pas.

Il se fait de plus en plus de recherche dans ce domaine. Mais cela fait à peine dix ou quinze ans que des pays autres que le Canada ont commencé à consacrer des fonds à la recherche pour comprendre ce qui distingue les personnes âgées des autres. Les connaissances dans ce domaine se sont accrues depuis dix ans.

**Le sénateur Roche:** Si quelqu'un comme moi peut comprendre ce que vous dites, comment se fait-il que les doyens des facultés de médecine ne le comprennent pas?

**Dr Dalziel:** C'est que vous êtes plus intelligent. Il y a plus de considérations politiques dans les facultés de médecine qu'ailleurs. Il faut secouer les responsables de ces facultés, car ils ne sont vraiment pas attentifs.

**Le sénateur Graham:** Tout ce sujet me fascine aussi. On croirait assister à un débat entre General Motors et Chrysler. Étant donné que vous êtes spécialiste en gériatrie, vous passerez peut-être une heure et demie avec un patient, alors qu'un généraliste lui consacrerait 15 minutes. Cela me fait penser à un concept, celui de généralistes salariés — et je sais que les généralistes seraient horrifiés d'entendre de tels propos. Que pensez-vous d'un tel concept?

**Dr Dalziel:** Personnellement, j'exerce sous un régime différent. Je suis salarié, car je ne pourrais payer mon hypothèque si j'étais rémunéré à l'acte. C'est la seule solution qui s'offrait dans mon domaine. Nous ne pouvons pas attirer de médecins, pas même avec un salaire. Nous sommes au bas de l'échelle, et c'est là le problème. Si le salaire était plus intéressant, et je ne prêche pas pour ma paroisse, on pourrait alors attirer des médecins dans ce domaine, et la situation serait tout à fait différente.

Les étudiants savent bien où ils peuvent faire fortune. Les jeunes résidents savent qu'ils ne peuvent pas faire beaucoup d'argent dans notre domaine, et cela les dissuade énormément. Nous suivons un régime de traitement différent depuis une dizaine d'années. Nous avons été les premiers dans la province à le faire, car il y allait de notre survie. Ce régime n'a pas changé depuis sept ans, en ce sens que nous n'avons pas eu de hausses de salaire et nous n'avons pas recruté de nouveaux gériatres à Ottawa. Nous avons le même nombre de gériatres que nous avions il y a sept ans.

**Le sénateur Graham:** Entre autres groupes de témoins, nous avons entendu le Conseil consultatif national sur le troisième âge. M. Michael Gordon en était le porte-parole. On lui a demandé de comparer le régime canadien de soins de santé à celui des États-Unis. Avant même qu'on ne lui pose la question, il a déclaré que le régime de soins de santé au Canada était en bien meilleur état.



As a matter of fact, he said that he was born in the United States, came to Canada, practised here for 25 years, and that really, there was no contest between the two systems. We hear a great deal about the "brain drain" in the medical and nursing professions to the United States. Do you have comments to offer on that point?

**Dr. Dalziel:** I can take three countries — Canada, the U.S., and Great Britain. If I needed medical care as a member of the general population who was not wealthy, I would definitely want to receive it in Canada. The British system is underfunded, and the American system can provide the best care in the world if you are wealthy.

Geriatrics, however, is a different story, because the Americans are putting a great deal of money into that area. They are much more successful in terms of establishing additional teaching slots, reviewing remuneration, and lobbying different levels of government to make forward strides in geriatrics. We in Canada have been unsuccessful in that. The Americans are moving up. However, their background system is terrible, so they will end up with little oases of geriatric excellence, if you can get to them.

The British system does geriatrics much better than the other two in terms of being an organized delivery system where the groups work more closely together in an integrated fashion. One of our problems is that although we accomplished some goals in the 1980s up to about 1990, we have done virtually nothing since then. We said that it was enough and we left it alone for a decade. Thus, we are losing that head start.

**Senator Graham:** I am familiar with a doctor from Antigonish, Nova Scotia, who went to California to study geriatrics. He returned to Nova Scotia to continue his practice.

One of the witnesses yesterday was from the Canadian Institute of Actuaries, Dr. Brown, who was a member of the Task Force on Health Care Financing. He said something surprising, in that he did not think that we had to spend more money on health care, but that it really depended upon achieving efficiencies and how the system was delivered.

**Mr. Robson:** That is true, but I do not know how useful it is as a piece of information.

**Senator Graham:** It is useful in the sense that it tells me that there is a mass of money that is provided by various levels of government, but that there is something wrong with the delivery system.

**Mr. Robson:** I focused in my remarks on the environment in which these decisions are made because one of the enormous difficulties is achieving those efficiencies in what is largely a command economy. Markets have ways of sorting things out,

En fait, il a dit qu'il était né aux États-Unis et qu'il est venu s'établir au Canada où il a exercé la médecine pendant 25 ans et qu'à son avis, il n'y a vraiment pas lieu de comparer les deux régimes. Nous entendons beaucoup parler de l'exode des cerveaux, notamment celle des médecins et des infirmiers et infirmières, au profit des États-Unis. Qu'en pensez-vous?

**Dr Dalziel:** Prenons le cas de trois pays. Le Canada, les États-Unis et la Grande-Bretagne. Si j'étais un citoyen ordinaire qui avait besoin de soins médicaux et qui n'en avait pas les moyens, je voudrais absolument être soigné au Canada. Le régime britannique est sous-financé, et le régime américain offre les meilleurs soins de santé au monde, à condition que vous en ayez les moyens.

En gériatrie, cependant, la situation est tout à fait différente, puisque les Américains investissent massivement dans ce domaine. Ils réussissent beaucoup mieux que nous dans différents aspects de la question, qu'il s'agisse d'enseigner la gériatrie, d'ajuster la rémunération ou de faire pression sur différents niveaux de gouvernement pour réaliser d'énormes progrès en gériatrie. Le Canada, par contre, n'en est pas là. Les Américains nous dépassent dans ce domaine. Toutefois, leur système de documentation est affreux, à tel point qu'ils vont se retrouver avec des petits créneaux d'excellence en gériatrie, encore faut-il y avoir accès.

En Grande-Bretagne, la gériatrie se porte beaucoup mieux qu'au Canada et aux États-Unis. En effet, les services de prestation y sont bien organisés, et les groupes de prestataires travaillent en plus étroite collaboration, d'une manière intégrée. L'un des problèmes du Canada, c'est que nous avons réalisé certains objectifs dans les années 80 et même jusqu'au début des années 90, mais depuis, nous n'avons pratiquement rien fait de nouveau. Ayant estimé que nous en avions fait assez, nous n'avons rien fait de nouveau durant une décennie. C'est pourquoi nous accusons un retard aujourd'hui.

**Le sénateur Graham:** Je connais un médecin d'Antigonish, en Nouvelle-Écosse, qui est allé aux États-Unis pour étudier la gériatrie. Après ses études, il est retourné en Nouvelle-Écosse, où il exerce toujours.

Hier, nous avons entendu, entre autres témoins, un représentant de l'Institut canadien des actuaires, le Dr Brown, qui a fait partie du Groupe de travail sur le financement des soins de santé. Le Dr Brown a surpris tout le monde en déclarant qu'il ne pensait pas qu'il fallait investir davantage dans notre régime de soins de santé, mais qu'il fallait plutôt miser sur une meilleure gestion de la prestation de services.

**M. Robson:** C'est vrai, mais je ne vois pas en quoi cela nous est utile.

**Le sénateur Graham:** C'est utile dans la mesure où cela me fait voir que les différents ordres de gouvernement injectent une tonne d'argent dans les soins de santé, et que c'est le système de prestation de services qui cloche.

**M. Robson:** Dans mes remarques, j'ai insisté sur le contexte dans lequel des décisions sont prises, car il est extrêmement difficile d'être rentable dans ce qui est essentiellement une économie dirigée. Les forces du marché finissent toujours par

sometimes with a lot of friction and unpleasantness. However, the price mechanism tends to steer resources into uses where the payoff is greater.

That kind of pressure is absent from the health care system and it is enormously difficult to figure out how to reproduce those pressures. This is a partial answer to your question. I focused my presentation on trying to produce a more neutral environment. Very often, the interaction between the federal and provincial levels of government is unhelpful to efforts to achieve those efficiencies.

I have heard, especially in the wake of publishing these studies, from provincial officials who said that new federal funding was causing them to de-integrate systems that had previously been integrated, so that they could shift programs and develop a direction that would attract federal funding. They might otherwise have chosen not to do that. It strikes me as important, when thinking about the federal role, to concentrate on the way in which federal funding may or may not encourage more efficiencies in the system. It certainly is true information.

During the period of the fiscal crunch, we saw innovative approaches to health care in the provinces that succeeded in holding the line on costs. However, we know how much political discontent there was as a result. We also know how quickly, now that the fiscal situation has improved, health care systems are absorbing vast amounts of new resources. It is a constant struggle, and for any progress in improving the environment so that health care systems can make efficiency gains, every one-quarter of an inch matters.

**Senator Graham:** The presentations were excellent. I have one final question. What will happen when the baby boom generation passes on?

**Dr. Spencer:** Do you mean in terms of the size of the age distribution of the population?

**Senator Graham:** Yes, that is what I mean.

**Dr. Spencer:** The population will have, depending on what happens to mortality rates, a lower portion over the age of 65 than currently. It will remain high, but will be stable rather than fluctuating, if the mortality rate remains slow.

If I can pick up on the response to the previous question, I agree with the answer. However, we have a health system in Canada which, by its nature, is being publicly funded. If it is not publicly managed, then it is not managed at all. It must be managed and planned by a public agency if it is to function well.

I believe it is important to bring information about the existing inefficiencies to bear and try to correct them. One of the areas of particular importance has to do with drugs and medications. A good fraction of hospital days, for example, are demonstrably the result of inappropriate medication. That is my clear understanding. That can be solved in reasonable ways, perhaps by having pharmacists more actively engaged in the prescription business and by looking at the overall combinations of medications that older people, in particular, are receiving. That is one of many

réguler l'économie, mais parfois cela nécessite beaucoup de friction et de désagréments. Cependant, le mécanisme des prix tend à diriger les ressources vers les utilisations les plus rentables.

Le régime de soins de santé ne subit pas ce genre de pressions, et il est très difficile d'imaginer une façon de les créer. Je vous offre ici une réponse partielle à votre question. Dans mon exposé, j'ai voulu présenter un environnement plus neutre. Très souvent, l'interaction entre les gouvernements fédéral et provinciaux nuit à nos efforts pour atteindre nos objectifs d'efficacité.

Après la publication de ces études, j'ai entendu des responsables provinciaux dire que le nouveau régime de financement fédéral les obligeait à désintégrer des systèmes qui, autrefois, étaient intégrés afin de pouvoir réorienter leurs programmes pour s'assurer le financement fédéral. Ce sont là des décisions qu'ils n'auraient pas forcément prises. Quand on pense au rôle du gouvernement fédéral, je crois qu'il importe d'insister sur la façon dont le financement fédéral pourrait encourager les provinces à réaliser plus d'économies. C'est le type d'information qui serait vraiment utile.

Durant la période des compressions budgétaires, les provinces ont dû adopter des approches novatrices en matière de soins de santé, qui leur ont permis de brider les coûts. On sait que cela a suscité beaucoup de grogne politique et que, dès que la conjoncture économique a commencé à s'améliorer, on s'est remis à injecter d'énormes sommes dans les régimes de soins de santé. C'est une lutte constante, et quand on veut améliorer les régimes de soins de santé pour leur permettre de réaliser des gains de rendement, chaque petite miette compte.

**Le sénateur Graham:** Les exposés étaient excellents. J'aurais une dernière question: Que se passera-t-il quand les baby-boomers ne seront plus de ce monde?

**M. Spencer:** Est-ce que vous parlez de la tranche d'âge que représente la génération des baby-boomers?

**Le sénateur Graham:** Oui, c'est ce dont je parle.

**M. Spencer:** Tout dépend du taux de mortalité, mais la population comptera un segment de plus de 65 ans inférieur à ce qu'il est actuellement. Ce segment continuera d'être important, mais il sera stable plutôt que fluctuant, si le taux de mortalité continue d'être faible.

Si vous le permettez, je voudrais revenir à la question précédente. J'approuve la réponse. Cependant, au Canada, nous avons un régime de soins de santé qui, de par sa nature, est financé par l'État. Si l'État n'en assure pas la gestion, il ne sera pas géré du tout. Par conséquent, il doit être géré et planifié par un organisme public, si l'on veut qu'il fonctionne bien.

Je crois qu'il est important de recueillir des informations sur les économies réalisées actuellement et d'essayer d'apporter des correctifs. Les médicaments sont l'un des aspects les plus importants. Ainsi, bien des patients se trouvent hospitalisés, parce qu'on ne leur a pas administré le bon médicament. C'est ce que je crois comprendre. Ce problème peut être résolu de façons raisonnables en faisant peut-être participer plus activement les pharmaciens à la prescription de médicaments et en leur faisant examiner la composition des médicaments administrés aux



instances. That happens to be one area of high cost and also the area where costs are rising most rapidly.

**Senator Graham:** I said yesterday that I worked with the then minister of Health when the medicare program was being developed. I recall returning home to Cape Breton when the Cape Breton Development Corporation, which is now being shut down, was being established. I explained to the people what medicare meant and what it would mean to the community. I explained what its function would be, and I talked about the need for efficiency. In my explanations, I talked about efficiencies in steelmaking and coal mining and greater production per person. However, I extended it to education and hospital care. I talked about this small community, small by comparison with major cities. There were two hospitals in Sydney, two in Glace Bay, two on the north side, one in new Waterford, and one in Point Edward. In all, there were eight hospitals serving some 130,000 people.

When I talked about efficiencies, I said that the last time I looked there was no such thing, because it was a Catholic-Protestant public hospital. I observed that there was no such thing as Catholic cancer, Protestant polio, or Jewish jaundice, and that we had to look toward having a super hospital that would serve the whole community. It took a long time, but we finally got it. Those are the kinds of inefficiencies which may still be rampant in the country.

Perhaps you would like to comment on that.

**Dr. Dalziel:** There are many things that we are doing wrongly that we could do correctly. The average medical student might get one hour of instruction on prescribing drugs for the elderly. We conducted a survey of family physicians in Ottawa and learned that 30 to 40 per cent considered their ability to prescribe drugs for the elderly to be poor or fair.

With regard to hospital care, the most common person in hospital is an old person wearing a daring Christian Dior blue gown with a slit down the front or the back which is guaranteed to keep them in bed. People lose 5 per cent of their muscle strength every day they are in bed, so it is no wonder that when they try to get up two weeks later, they cannot walk and the length of their stay is prolonged. If we had volunteers helping to walk patients, we would cut length of stay tremendously. We do many very inappropriate things, in education and in care.

**Senator Callbeck:** Why is there not more emphasis on having volunteers walk patients?

**Dr. Dalziel:** One reason is that unions will block and frustrate those efforts, although you can sometimes get around that. However, staffing could be changed, and you could pay someone at a much lower rate to do just that. We have changed the staffing

personnes âgées, en particulier. C'est un problème parmi d'autres. Il se trouve que c'est un problème qui entraîne des coûts élevés et où les coûts croissent le plus rapidement.

**Le sénateur Graham:** Hier, j'ai dit que, alors qu'on s'affairait à mettre sur pied le programme d'assurance-maladie, je travaillais avec le ministre de la Santé d'alors. À l'époque, je rentrais chez moi au Cap-Breton, et je me souviens qu'on était en train d'établir la Société de développement du Cap-Breton, qui n'existe plus maintenant. J'expliquais aux gens en quoi consistait le régime d'assurance-maladie et ce qu'il signifierait pour la collectivité. Je leur expliquais ce que serait sa fonction, et déjà, je leur parlais de la nécessité de réaliser des économies. Dans mes explications, je leur parlais des économies à réaliser dans les secteurs de l'acier, de l'exploitation de charbon et de l'importance de la production par personne. Mais je leur parlais également d'éducation et de soins hospitaliers. Je leur citais le cas d'une petite collectivité, petite par rapport aux grandes villes. Il y avait deux hôpitaux à Sydney, deux à Glace Bay, deux sur la rive nord, un à New Waterford et un à Point Edward. En tout, il y avait huit hôpitaux pour quelque 130 000 habitants.

Lorsque je parlais des économies, j'ai dit que la dernière fois que je me suis penché sur ce dossier, j'ai constaté qu'il n'y en avait pas. Je m'étais penché sur le cas d'un hôpital public catholique-protestant. Je me souviens d'avoir dit qu'il n'existait pas de cancer catholique, de polio protestante, ni de jaunisse juive. D'où la nécessité de mettre sur pied un hôpital général qui servirait l'ensemble de la collectivité. Cela a pris beaucoup de temps, mais nous y sommes finalement parvenus. Voilà le genre de problème avec lequel l'ensemble du pays est aux prises.

Peut-être voudriez-vous dire quelque chose.

**Dr Dalziel:** Il y a bien des choses que nous ne faisons pas comme nous le devrions. L'étudiant en médecine moyen reçoit peut-être une heure d'instruction sur les médicaments d'ordonnance à l'intention des personnes âgées. Nous avons réalisé un sondage auprès de médecins de famille à Ottawa et nous avons appris que 30 à 40 p. 100 d'entre eux considèrent que leur capacité de prescrire des médicaments à des personnes âgées est passable ou médiocre.

S'agissant des soins hospitaliers, imaginez-vous que le patient moyen est une personne qui porte une chemise d'hôpital bleue ouverte à l'avant ou à l'arrière, et soyez sûr que cette personne restera alitée. Les patients perdent 5 p. 100 de leur masse musculaire chaque jour qu'ils passent au lit. Que l'on ne s'étonne donc pas si, deux semaines plus tard, le patient ne peut plus marcher, ce qui ne fait que prolonger son séjour à l'hôpital. Si des bénévoles aidaient les patients à marcher, le séjour serait considérablement écourté. Dans les secteurs de l'éducation comme celui de la santé, nous faisons bien des choses de travers.

**Le sénateur Callbeck:** Pourquoi est-ce qu'on n'insiste pas davantage sur le recours à des bénévoles pour aider les patients à marcher?

**Dr Dalziel:** L'une des raisons est que les syndicats bloqueront tout effort de ce genre, quoiqu'il y a parfois moyen de contourner cela. Cela dit, on pourrait songer à la politique de recrutement et payer quelqu'un à un taux beaucoup plus bas pour accomplir ces

mix in our geriatric unit at the Ottawa Hospital to meet some lower-level service needs. It is hard to get people to volunteer to work with the elderly, as opposed to working in ICU or the ER. It is just like me trying to get money for the geriatric unit versus the ICU or the heart institute. I will not win any battles because it is not sexy enough.

**The Deputy Chairman:** In response to Senator Graham, you talked about the U.K. and California, and Senator Callbeck added to that.

It was very clear from your presentation that the key to successful aging is exercise and an emphasis on wellness and health. From a public policy point of view, what could the government do to encourage seniors to participate in these programs for their own well-being, and to encourage their families to ensure that they do? In that way, perhaps we could solve some of the problems with which you are dealing.

**Dr. Dalziel:** They should roll out that old Swedish guy again — Participaction. That was all rubbish when they introduced it, but they need to roll out that kind of campaign and they need to publicize the information. When I talk to seniors about some of these things, they are stunned. They do not know that such a small amount of intervention can make such a difference. A study published yesterday states that when middle-aged women walk for one hour a week, cardiac disease decreases. We are not disseminating that knowledge and we do not have the facilitators. Some people mall walk, for example, and many things like that can be done to promote successful aging.

**The Deputy Chairman:** We just need someone to take the lead in promoting it.

**Mr. Robson:** To pick up on the earlier point, we can see across the country a tendency for provinces with relatively large elderly populations to spend a little less relatively on their care. There are benign interpretations of that. There are scales of economy there.

I also look forward to the possibility that when there is a much older population, the bulk of which is considerably more healthy and better educated than has been the case historically, much of the available help in taking care of the elderly will come from other older people, who may be better able to encourage the sorts of behaviour that enabled them to stay healthy.

Going back to an earlier point, the difficulty with looking at that pattern of relatively old provinces spending relatively less is that as the population aged through the course of the 1980s and into the mid 1990s, if we can believe the data from Health Canada on relative spending by age group, the ratio of spending on the people who were 65 and older relative to the younger population

tâches. C'est ce que nous avons fait dans notre unité de gériatrie à l'hôpital d'Ottawa afin de répondre à des besoins de services de faible priorité. Il est difficile de convaincre des bénévoles de travailler avec des personnes âgées, contrairement à l'unité des soins intensifs ou au service d'urgence. C'est un peu la situation dans laquelle je me retrouve quand j'essaie d'obtenir des fonds pour l'unité gériatrique par opposition à l'unité de soins intensifs ou l'Institut de cardiologie. Je ne gagnerai jamais mes batailles, car le sujet n'est pas suffisamment attrayant.

**La vice-présidente:** En réponse au sénateur Graham, vous avez évoqué le Royaume-Uni et la Californie, et le sénateur Callbeck a ajouté d'autres cas.

D'après votre exposé, il est très clair que pour bien vieillir, il faut faire de l'exercice et miser sur le mieux-être et la santé. Dans une perspective de politique gouvernementale, que pourrait faire le gouvernement pour encourager les personnes âgées à participer à des programmes de mieux-être et les familles de celles-ci à veiller à ce qu'elles le fassent? Peut-être pourrions-nous ainsi régler certains des problèmes avec lesquels vous êtes aux prises.

**Dr Dalziel:** Le gouvernement devrait peut-être aller chercher de nouveau ce vieux Suédois — la campagne Participaction. Au début, tout cela était des balivernes, mais peut-être le gouvernement devrait-il relancer ce genre de campagne pour sensibiliser les gens à l'exercice. Quand je parle à des personnes âgées de ce genre de choses, elles sont abasourdis. Elles ignorent qu'un petit peu d'exercice peut faire toute la différence. Hier encore, on publiait une étude dans laquelle on révélait que les femmes d'un certain âge qui marchent une heure par semaine pouvaient réduire leur risque de maladies cardiaques. Nous ne faisons pas bon usage de ces connaissances, et nous n'avons pas les vecteurs nécessaires. Certains choisissent de faire de la marche dans un centre commercial, par exemple. Voilà le genre d'activité dont on pourrait faire la promotion pour maintenir les personnes âgées en santé.

**La vice-présidente:** Il suffit que quelqu'un prenne l'initiative d'en faire la promotion.

**M. Robson:** Je voudrais revenir à un point soulevé plus tôt. À l'échelle du pays, on constate que les provinces dont les populations sont relativement vieillissantes dépensent un peu moins que les autres provinces au chapitre des soins de santé. On peut interpréter cela de façon très simple. Ces provinces réalisent des économies d'échelle.

J'espère sincèrement que quand la population vieillira davantage, étant donné que les personnes âgées sont, dans l'ensemble, considérablement plus aisées et mieux instruites qu'elles ne l'ont été historiquement, l'essentiel de l'aide et des soins accordés aux personnes âgées proviendront d'autres personnes âgées, qui seront peut-être mieux placées que quiconque pour promouvoir le genre de comportement qui leur aura permis de rester en bonne santé.

Comme nous l'avons constaté plus haut, les provinces dont les populations sont relativement vieillissantes dépensent relativement moins au chapitre des soins aux personnes âgées. La difficulté que soulève ce constat est que, au fur et à mesure que la population vieillissait dans le courant des années 80 et jusqu'au milieu des années 90, encore faut-il se fier aux statistiques de Santé Canada



did not change. It stayed very much the same, despite the fact that over that period we had an elderly population that was becoming more healthy, more well educated, and so on.

What we do in terms of servicing will be critical, as was said earlier. There you get to the question of what the baby boomers will demand and expect.

**Senator Cordy:** I want to thank you for your presentations, which were very interesting. Like Senators Graham and Roach, I was interested in your comments on fee for service and the detrimental effect that has on attracting students to specialize in geriatrics. I am from Nova Scotia, where that has certainly been a topic for discussion, although not specifically for geriatrics. Fee for service discourages doctors from practising in rural areas. That may be a topic that we could discuss separately.

Dr. Dalziel, you talked about the three groups of seniors: the well, the frail, and the institutionalized. You mentioned briefly the idea of home care. I thought you said that sometimes we are too quick to provide home care, that it causes people to stay in the frail group for too long. Would you expand on that?

**Dr. Dalziel:** The perfect example is someone who has a fall or two. Home care gives them a walker and they use it. As a result, Parkinson's is not diagnosed for two years.

We are doing things that are supportive in nature without finding out what the underlying problem is and seeing whether we can do something about it. When people are having more trouble doing things at home, we throw in a homemaker instead of finding out whether they have depression or early dementia, or whether their arthritis is very bad. We almost use home care as a band-aid approach. Home care is the flavour of the month right now. Who can say anything bad about it? However, a lot of wasted money is wasted. The services are not well organized or well integrated with specialized services in the rest of the system. They can be very territorial.

Home care is not a solution, just like building more nursing homes is not a solution. It is a solution of sorts; it is just not the right solution.

**Senator Cordy:** Therefore, the idea of home care is very good, but it has similar effects to over-prescribing when it is not determined why home care is needed?

**Dr. Dalziel:** That is right.

sur les dépenses relatives par tranche d'âge, le rapport entre les dépenses engagées au chapitre des soins aux personnes de 65 ans et plus et aux soins aux jeunes n'a pas changé. Ce rapport est resté relativement stable, et ce, malgré le fait que durant toute cette période, la population vieillissante se faisait plus riche, mieux instruite et ainsi de suite.

Comme nous l'avons signalé plus tôt, le mécanisme de prestation des services est crucial. C'est là que la question se pose: qu'est-ce que les baby-boomers exigeront et à quoi s'attendent-ils?

**Le sénateur Cordy:** Je voudrais vous remercier de vos exposés, qui étaient fort intéressants. Comme les sénateurs Graham et Roche, j'ai écouté attentivement vos observations sur la rémunération à l'acte et sur l'effet négatif que cela a sur les étudiants de médecine, qui choisissent de ne pas se spécialiser en gériatrie. Je suis de la Nouvelle-Écosse, où le sujet a suscité beaucoup de discussion, quoique le débat n'ait pas porté sur la gériatrie en particulier. Le régime de rémunération à l'acte décourage les médecins d'exercer dans des régions rurales. C'est peut-être un sujet que nous pourrions aborder séparément.

Docteur Dalziel, vous avez parlé de trois groupes de personnes âgées: celles qui sont en bonne santé, celles qui sont faibles et celles qui sont placées en institutions. Vous avez évoqué brièvement la notion de soins à domicile. Je crois vous avoir entendu dire que parfois, nous fournissons trop vite des soins à domicile, et c'est ce qui fait que les patients se retrouvent dans le groupe des personnes faibles pendant trop longtemps. Pourriez-vous en parler davantage?

**Dr Dalziel:** Le parfait exemple est celui d'une personne qui fait une chute ou deux. On fournit à cette personne un déambulateur, dont elle se sert à la maison. Résultat: la maladie de Parkinson n'est pas diagnostiquée avant deux ans.

Nous faisons des choses dans le but d'aider, mais nous ignorons le problème sous-jacent et n'essayons même pas de voir si nous pouvons y remédier. Quand les gens éprouvent de la difficulté à faire quelque chose chez eux, nous leur envoyons quelqu'un pour les aider au lieu de chercher à savoir s'ils manifestent des symptômes de dépression ou de début de démence, ou encore si leur arthrite a atteint un état très avancé. En matière de soins à domicile, nous utilisons une approche qui tient presque du rafistolage. Les soins à domicile sont à la mode ces temps-ci. Qui oserait les critiquer? Entre-temps, nous gaspillons beaucoup d'argent. Les services ne sont pas bien organisés, ni bien intégrés aux autres services spécialisés du régime. En fait, ils peuvent être très locaux.

Les soins à domicile ne sont pas une solution, pas plus que la construction de nouveaux foyers de soins infirmiers. C'est peut-être une solution, mais ce n'est pas la bonne.

**Le sénateur Cordy:** Serait-il juste alors de dire que les soins à domicile sont en principe une très bonne idée, mais que les effets qu'ils peuvent entraîner seraient semblables à la prescription de médicaments à outrance sans pour autant déterminer s'ils sont nécessaires ou non?

**Dr Dalziel:** Exactement.

**Senator Morin:** Yours were extremely interesting presentations.

Madam Chair, it is an excellent idea to have two economists and a clinician, because they balance each other.

Mr. Robson, I read your paper on the Internet. There was a very good write-up on it in the *Globe and Mail* and various other newspapers. I do not know whether you talked to each other about this, but if not, it is amazing how similar your ideas are.

Other countries have tried various other things. For example, Germany, France, Japan, and Austria have insurance for long-term care. The difference between that and your recommendation is that yours is more for general care for the elderly, if I understand correctly.

The Clair Commission recommended that it be capped. In Germany, it has been in existence since 1994 and is capped. You have to pay for whatever additional services you require. The problem is that expenses will not remain stable. To use Dr. Dalziel's example, the intensity of services will increase. Expectations are going up. I realize that there are two types of technology and some technology may be resource saving, but when you think of dialysis, bypass surgery, et cetera, there is no doubt that technology use will increase. Drugs are increasing by 15 per cent a year.

On the matter of salaries, as this is a monopoly, as soon as you throw money at the system, the first thing people want is an increase in salary. Dr. Dalziel is no exception. The first thing he said was that the officials should have more money. If we had a nurse here, the nurse would say the same thing. They do this because it is a monopoly. The market does not influence the resources or the salary scale, so there is always a demand for more. There is no doubt that health expenses for the same number of people will be increasing.

Mr. Robson, how do you fit in the foreseen increase in costs for the elderly?

**Mr. Robson:** If I understand the question correctly, you are making a distinction between systems that are somewhat along the lines of the Canada Pension Plan, where there is a notional individual account with contributions and benefits that are linked, versus something that is a good deal more open-ended. It is essentially like a medicare lock box in the United States, where you are simply setting something up in the government budget and anticipating expenses, but you are not sure what they will be. There is no attempt to link them through to the individual.

My suggestion is very much in the latter category. *The Toronto Star* immediately called me, convinced that my \$3,000 figure was a medical savings account, which shows the importance of the expectations you have when you pick up a paper.

**Le sénateur Morin:** Vos exposés étaient extrêmement intéressants.

Madame la présidente, c'était une excellente idée d'inviter deux économistes et un clinicien. Ainsi, nous avons un équilibre.

Monsieur Robson, j'ai lu votre rapport sur l'Internet. Le *Globe and Mail* et d'autres quotidiens en ont parlé en bien d'ailleurs. Je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de discuter entre vous, mais il est surprenant de voir à quel point vos idées convergent.

D'autres pays ont fait d'autres tentatives. Par exemple, l'Allemagne, la France, le Japon et l'Autriche ont tous un régime d'assurance soins de longue durée. Si j'ai bien compris votre propos, la différence entre ces modèles et ce que vous recommandez est que vous proposez des soins plus généraux pour les personnes âgées.

La Commission Clair a recommandé un plafond. En Allemagne, ce régime existe depuis 1994 et il est plafonné. C'est le patient qui paie pour les services supplémentaires dont il a besoin. Or les dépenses ne resteront pas stables. Pour reprendre l'exemple du Dr Dalziel, l'intensité des services s'élèvera et les attentes aussi. Je me rends bien compte qu'il existe deux types de technologies, et que certaines technologies permettent de réaliser des économies. Mais quand on pense à la dialyse, au pontage, et j'en passe, il est tout à fait évident que l'utilisation de la technologie ne fera que croître. De même, l'utilisation des médicaments augmente de 15 p. 100 par an.

À propos des salaires, dès que l'on injecte des fonds dans le régime de soins de santé, la première chose que les gens voudront, c'est une augmentation de salaire. C'est inévitable. Le Dr Dalziel n'est pas une exception. D'ailleurs, la première chose qu'il a dite est que les responsables devraient avoir plus d'argent. Si nous avions une infirmière ici, elle nous dirait la même chose. Tous les intervenants le font, car ils ont le monopole. Le marché n'a pas d'influence sur les ressources ou sur les échelles de salaire, et c'est pourquoi la demande est croissante. De toute évidence, les dépenses en matière de santé pour le même nombre de personnes continueront d'augmenter.

Monsieur Robson, comment envisagez-vous l'augmentation des coûts pour les soins aux personnes âgées?

**M. Robson:** Si j'ai bien compris votre question, vous faites une distinction entre des régimes qui s'alignent un peu sur le modèle canadien, le Régime de pensions du Canada, où le calcul d'un compte se fait sur la base des cotisations et des prestations, par opposition à un régime qui serait beaucoup plus variable. Il s'agit essentiellement d'un modèle qui rappelle celui des régimes d'assurance-médicaments américains, où l'on prévoit des fonds dans le budget et l'on anticipe des dépenses, sans pour autant savoir quelles seront ces dépenses. Selon ce modèle, on n'établit pas de lien entre les dépenses et les besoins individuels.

Pour ma part, je penche plutôt pour la deuxième catégorie. Le quotidien *Toronto Star* m'a appelé sur-le-champ, convaincu que le montant de 3 000 \$ que je citais était un compte d'épargne médical, ce qui montre l'importance des attentes que l'on peut avoir quand on achète un journal.



It is quite possible that there is room for that sort of thing in Canada, because certainly, as with pensions, where there is a disability component, there is a foreseeable risk, if not a definite expense, for which each individual could be considered to have a duty to take responsibility. I am being far less ambitious than that. I am simply trying to create an institutional structure that would make it easier for governments to resist the short-term pressure to pump money into the system that will apparently be transformed into an increase in costs. Instead, we need to produce a more controlled disbursement of money over time as, based on current patterns, we can expect expenditures related to aging to increase.

Without attempting to be prescriptive in terms of the individual categories, it seems safe to say that we can anticipate some pressure on the budget. Given the state of our knowledge, particularly from the federal government's point of view, I would that say it is probably better not to try to link these expenditures to particular items such as drugs, home care, and so on. That is recreating the environment that we need to try to get away from, one that involves a lot of tied funding, and in which a lot of provincial priorities are being set in accordance with what the federal money might be available for. On the whole, I do not think we are wise enough to manage a system of tied funding in a way that will work out well on the ground.

**Senator Morin:** Do you think that the provinces will say that \$3,000 per senior is not enough, and that next year they will ask for \$4,000, then \$6,000? Maybe they have good reason.

**Mr. Robson:** That is clearly a risk. Any formula that you create will only be as robust as the political circumstances allow over time. When I talked about progress in terms of quarters of an inch, I meant that very seriously. There are proposals for needs-based formulas for equalization, for example, or you could imagine reformulating the CHST in ways that would be far more sensitive to various indicators of need. I am very concerned that we not go down that road because it creates all sorts of problems on the recipient end with what you are subsidizing at the margin versus what you are not subsidizing.

My proposal here would go nowhere near to covering the total costs of expenditures on the older population, and I think that is probably a good thing. At the margin, you still want the provinces to be spending 100-cent dollars. This is a way of trying to accommodate the pressure so that we do not have to raise it year after year.

It is a tiny increment in moving us toward a solution and takes nothing away from the importance of all the other things we would need to do.

**Senator Morin:** Dr. Dalziel, I fully agree with your recommendation for changes in medical practice and medical teaching. You will understand that as a past dean of medicine, I do not agree

Le Canada pourrait éventuellement envisager un modèle de ce type, car à l'instar des pensions, qui comportent un volet invalidité, il y a un risque envisageable, sinon une dépense certaine, que chacun devrait assumer en estimant qu'il s'agit d'un devoir. Je suis beaucoup moins ambitieux que cela. Je cherche simplement à créer une structure institutionnelle qui permettrait au gouvernement de résister à des pressions à court terme pour injecter des fonds supplémentaires dans le régime de soins de santé, ce qui manifestement ne ferait qu'accroître les coûts. Nous devons plutôt opter pour une méthode plus contrôlée de répartition de l'argent à long terme, puisque, vu les tendances actuelles, les dépenses ne feront que s'accroître avec le vieillissement de la population.

Sans vouloir être normatif relativement aux diverses catégories, on peut dire sans se tromper que l'on peut s'attendre à certaines pressions budgétaires. Étant donné l'état de nos connaissances, surtout du point de vue du gouvernement fédéral, je dirais qu'il vaut sans doute mieux de ne pas essayer de relier ces dépenses à des secteurs précis comme les médicaments, les soins à domicile, etc. Cela reviendrait à recréer un contexte dont nous essayons de nous écarter, où une bonne partie des subventions sont conditionnelles et où bon nombre de priorités provinciales sont établies en fonction de la disponibilité des fonds fédéraux. Dans l'ensemble, je ne pense pas que nous soyons en mesure de gérer un système de financement conditionnel qui donnera des résultats concrets sur le terrain.

**Le sénateur Morin:** À votre avis, les provinces diront-elles que 3 000 \$ par personne âgée, ce n'est pas suffisant, et que, l'an prochain, elles demanderont 4 000 \$ et ensuite 6 000 \$? Cette demande est peut-être justifiée.

**M. Robson:** Il y a évidemment un risque. Quelle que soit la formule qu'on élabore, elle ne sera valable que dans la mesure où les circonstances politiques le permettent au fil du temps. Lorsque j'ai parlé de progrès minimes, j'étais très sérieux. Il y a des propositions visant des formules de péréquation fondées sur les besoins, par exemple, ou on pourrait envisager de reformuler le TCSPS de façon à tenir beaucoup plus compte des divers indicateurs des besoins. Le fait que nous n'options pas pour cette solution me préoccupe vivement car cela crée toutes sortes de problèmes du côté des bénéficiaires étant donné ce qui est subventionné au minimum par opposition à ce qui ne l'est pas.

Ma proposition ne permettrait en aucun cas de défrayer le coût total des dépenses relatives aux personnes âgées, et c'est sans doute une bonne chose. Au seuil minimum, il faut que les provinces continuent à assumer la totalité du coût. C'est une façon de faire face aux pressions sans devoir l'augmenter d'une année à l'autre.

C'est une faible augmentation qui nous permet de progresser vers une solution sans gruger d'aucune façon les autres mesures importantes qu'il nous faudra prendre.

**Le sénateur Morin:** Docteur Dalziel, j'approuve pleinement votre recommandation relative aux changements sur le plan de la pratique médicale et de l'enseignement de la médecine. Vous

with everything you have said, but that is another point. I do not want to go into that.

With regard to increased resources, do you have any idea how much that would cost?

**Dr. Dalziel:** Which specific item are you referring to?

**Senator Morin:** You recommend that we increase the intensity of services to the elderly population. How much will that cost?

**Dr. Dalziel:** One of the problems is that we look at silos of costs. We look at one expenditure and cannot tie it to another silo of saving. That is a big problem with drugs, for example. I am talking first and foremost about successful aging, educating the population, which is generally not very expensive.

The second item is on changing education for physicians. Again, changing the curriculum will not be very expensive.

**Senator Morin:** I think you are putting too much faith in hours of lectures. Should we have two-thirds of the curriculum on geriatrics?

**Dr. Dalziel:** I am not suggesting that at all, and I am certainly not talking about lectures. At the University of Ottawa, family residents spend one month on geriatrics. They say that we do things much differently from the regular medical services. I am not putting any faith in lectures. I put faith in practical experience, learning how things are done differently, and how successful you can be doing that.

It is relatively cheap to increase the number of geriatricians. Then the question becomes whether they save the system money or cost the system money.

There has been a fair amount of research on geriatrics because it is such a new specialty. We have had to prove that we can do stuff and that we can be cost effective. There are far more studies on geriatric units than there have ever been on cardiac care units, and those studies only show that they improve the quality of life.

You would have to look at those and ask what the upfront costs are versus downstream benefits. We did a study here showing that when people who were referred for placement to nursing homes were assessed, 17 per cent more people were at home two years later rather than being in nursing homes. That is a fairly large saving, considering the cost of nursing homes, because the intervention can be fairly short.

**Senator Morin:** Are you saying that there are no resources required and the net result is positive?

**Dr. Dalziel:** I think that the upfront costs would be mostly mitigated by downstream savings.

devez comprendre qu'en tant qu'ancien doyen de la faculté de médecine, je ne suis pas d'accord avec tout ce que vous avez dit, mais là n'est pas la question. Je n'aborderai pas ce point.

Pour ce qui est de l'augmentation des ressources, avez-vous une idée de ce que cela coûterait?

**Dr Dalziel:** De quel poste précis parlez-vous?

**Le sénateur Morin:** Vous recommandez d'accroître l'intensité des services à l'intention des personnes âgées. Combien cela coûtera-t-il?

**Dr Dalziel:** L'un des problèmes qui se pose, c'est que nous cloisonnons les coûts. Nous examinons une dépense et ne pouvons pas faire le lien avec une autre zone d'épargne. C'est un gros problème lié aux médicaments, par exemple. Je parle principalement des mesures visant à faciliter le vieillissement, à éduquer la population, ce qui ne coûte généralement pas très cher.

Le deuxième point consiste à modifier l'éducation des médecins. Là encore, modifier le programme d'études ne coûtera pas très cher.

**Le sénateur Morin:** Je crois que vous accordez trop de foi aux cours magistraux. Est-ce que les deux tiers du programme devraient être consacrés à la gériatrie?

**Dr Dalziel:** Loin de moi cette idée, et je ne parle pas des cours magistraux. À l'Université d'Ottawa, les médecins de famille résidents consacrent un mois à la gériatrie. Selon eux, ces services fonctionnent de façon très différente des services médicaux ordinaires. Je n'accorde aucune foi aux cours magistraux. J'ai confiance dans l'expérience pratique, dans le fait d'apprendre comment procéder différemment et quels résultats concrets on peut obtenir.

Cela ne coûterait pas très cher d'augmenter le nombre de spécialistes en gériatrie. Reste alors à voir si cela va entraîner un coût ou une économie pour le système.

De nombreuses recherches ont été faites sur la gériatrie car c'est une nouvelle discipline. Il nous a fallu prouver que nous pouvions faire des choses, et ce, de façon rentable. Il y a beaucoup plus d'études sur les services de gériatrie qu'il n'y en a jamais eues sur les services de cardiologie, et ces études indiquent simplement qu'il est possible d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

Il vous faudra examiner ces études et vous demander quels sont les coûts initiaux par opposition aux avantages qui en découleront. Il ressort d'une étude que nous avons faite que, lorsqu'on a évalué des personnes dont on a recommandé le placement en foyer de soins infirmiers, 17 p. 100 de plus de personnes étaient chez elles deux ans plus tard au lieu d'être dans un foyer. Cela représente une économie assez importante, compte tenu du coût des foyers de soins infirmiers, car l'intervention peut être assez brève.

**Le sénateur Morin:** Vous voulez dire qu'il n'est pas nécessaire de trouver de nouvelles ressources et que le résultat net est positif?

**Dr Dalziel:** Les coûts initiaux seront presque entièrement compensés par les économies en aval.



**Senator Morin:** You referred to a friend who wants to leave the specialty because of lack of resources. That is not really a major problem here, is it?

**Dr. Dalziel:** I think it is a major problem.

**Senator Morin:** What resources are required, in terms of dollars?

**Dr. Dalziel:** We are short of 500 geriatricians. If they got a reasonable increase, they might make \$170,000 a year. You can cost that out. You can say the same with regard to geriatric nurse specialists. However, the biggest change is in the generalist side of things.

If you can educate, in the broadest sense, your frontline nurses to get a patient up and walking, the savings in length-of-stay can be very significant. The cost of a hospital day of stay is tremendous.

You need only look historically at what we used to do with heart attack patients. They were in bed for a week or more. Now they are up the next day, and the difference in length-of-stay is outstanding.

If we did things differently, many of the upfront costs would be mitigated.

**Senator Morin:** Mr. Spencer, did you take into account that the elderly population is getting older? You may have read the paper by the provincial ministers of health from a year ago on health costs. They did not take into account the fact that the population over 85 was getting older, and that actually doubled costs. As Dr. Dalziel just said, after you reach the age of 85, your health costs double.

Did you take into account the aging of the elderly population?

**Dr. Spencer:** Yes, that is taken into account. The projections reflect the whole of the population, including projected increases in life expectancy at all ages. Yes, the population is not only aging, but the oldest end of the population is aging particularly rapidly.

**Senator Morin:** That is very important and is often not taken into account.

**Dr. Spencer:** I agree. It is important, but it is taken into account in what I told you.

**The Deputy Chairman:** Mr. Robson, your scary numbers suggest that the aging population is the cause of significant growth in public spending. Yet Professor Spencer is of the view that public spending is manageable and that the growth of the population has more of an impact than the aging population.

Do you use different sets of data to get to those apparently divergent views?

**Dr. Spencer:** I am not sure that we really differ. The projections to which I referred show substantial increases in health care budgets in consequence of population aging alone. The difference is that Mr. Robson was focusing specifically on health

**Le sénateur Morin:** Vous avez parlé d'un ami qui veut quitter cette spécialité en raison d'un manque de ressources. Cela ne pose pas vraiment un gros problème, n'est-ce pas?

**Dr Dalziel:** Je pense que c'est un gros problème.

**Le sénateur Morin:** De quelles ressources financières a-t-on besoin?

**Dr Dalziel:** Il nous manque 500 gériatres. S'ils obtenaient une augmentation raisonnable, ils pourraient gagner 170 000 \$ par an. On peut calculer le coût. On peut dire la même chose des spécialistes en soins infirmiers gériatriques. Toutefois, le plus gros changement touche le secteur des généralistes.

Si on peut éduquer, au sens le plus large du terme, les infirmiers et infirmières aux premières lignes pour qu'ils remettent un patient sur pied, cela permettra de réaliser d'énormes économies liées à la durée du séjour. Le coût d'une journée d'hôpital est énorme.

Il suffit de voir ce que nous faisons par le passé pour les patients en cardiologie. Ils restaient alités pendant une semaine ou plus. Aujourd'hui, ils sont sur pied le lendemain, et la différence dans la durée de l'hospitalisation est énorme.

Si nous agissions différemment, on pourrait peut-être compenser l'essentiel des coûts initiaux.

**Le sénateur Morin:** Monsieur Spencer, avez-vous tenu compte du fait que la population des aînés vieillit toujours? Vous avez peut-être lu le document publié par les ministres provinciaux de la Santé, il y a un an, sur les dépenses liées à la santé. Ils n'ont pas tenu compte du fait que la population des gens de plus de 85 ans vieillissait, ce qui double les dépenses. Comme vient de le dire le Dr Dalziel, à partir de 85 ans, les dépenses liées à la santé doublent.

Avez-vous tenu compte du vieillissement de la population du troisième âge?

**M. Spencer:** Oui, nous en avons tenu compte. Les prévisions s'appliquent à l'ensemble de la population, y compris les augmentations prévues d'espérance de vie dans tous les groupes d'âge. En effet, non seulement la population vieillit, mais les plus âgés de celle-ci vieillissent particulièrement rapidement.

**Le sénateur Morin:** C'est un élément très important que l'on oublie souvent.

**M. Spencer:** J'en conviens. C'est important, mais les données que je vous ai fournies en tiennent compte.

**La vice-présidente:** Monsieur Robson, vos chiffres effrayants laissent entendre que le vieillissement de la population est la cause d'une augmentation sensible des dépenses publiques. Pourtant, M. Spencer est d'avis que les dépenses publiques sont gérables et que la croissance démographique a plus d'incidence que le vieillissement de la population.

Utilisez-vous des données différentes pour en arriver à ces conclusions apparemment divergentes?

**M. Spencer:** Je ne suis pas convaincu que nos opinions divergent. Les prévisions dont j'ai parlé indiquent des augmentations considérables des budgets de la santé qui sont dues uniquement au vieillissement de la population. La différence, c'est

care costs and not on all of government budgets. It is important to note that if you are concerned about the overall impact of population aging, it makes little sense to focus on one area in which costs will go up and say there is a crisis, without also focusing on other areas in which costs will not go up or may even go down. For example, the residents of penal institutions are mostly young. In that area there would be noticeable cost savings. Older people do not receive Employment Insurance, yet that is a very large component of government expenditures, et cetera.

**Mr. Robson:** While the consensus that the impact of aging on health costs has been in the order of 1 per cent growth per year seems to be quite strong, there is a huge divergence as to whether that 1 per cent a year is significant. I tend to think of it as being fairly big. I am impressed with the way 1 per cent a year multiplies as you go forward a few decades. I think it does make sense to compartmentalize to a certain extent, just as we do with pensions, in that this is an area in which you can predict certain broad patterns with some confidence. Certainly it is difficult to be confident about the magnitudes when you get down to the decimal places, but the overall shape of the direction is clear. When we are going through a demographic shift such as the present one, for comparable reasons as with pensions, it is awkward for us to imagine a future in which the descendants of the baby boomers say to them, "You could see this coming and yet you did nothing about it." I would prefer to be able to say to them, "We saw it coming and, to the best of our limited ability, we tried to accommodate the pressure, and now, yes, the rest of it is yours to deal with." We could strike the intergenerational bargain on that basis.

To touch on a couple of key points, on the projections versus 1986, I would be interested to see — and although I do not know what the answer is I have some suspicions — what happened to the education budgets relative to what would have been predicted on the basis of demographics from 1986 forward. We did not foresee at that time that the reduction in the growth rate of pupils in elementary and secondary school would be offset to the extent that it was by lower pupil/teacher ratios and by higher costs elsewhere in the system. We did not foresee the explosion in demand for post-secondary education, and that is an area where, as the population continues to upgrade its skills more regularly through life — which is a fair prediction — we may see a continued enormous demand for increased resources.

If you take the view that education spending is very largely for teachers rather than for pupils, you can tell that story even more strongly.

It is one thing to point to the possibility of savings in principle; it is another to actually say that we should be cutting spending on education in order to make room for health care. We need to be careful about that.

que M. Robson s'est concentré précisément sur les dépenses des soins de santé et non sur l'ensemble des budgets gouvernementaux. Il importe de signaler que si l'on s'intéresse à l'incidence globale du vieillissement de la population, il n'est pas logique de se concentrer sur un secteur où les dépenses vont augmenter et de dire qu'il y a une crise, sans se concentrer également sur les autres secteurs où les dépenses n'augmenteront pas et risquent même de diminuer. Par exemple, les détenus sont principalement des jeunes. Dans ce domaine, il y aura des économies sensibles. Les personnes âgées ne touchent pas l'assurance-emploi, et pourtant cela représente un énorme élément des dépenses gouvernementales, etc.

**M. Robson:** Même si l'on s'entend à dire que le vieillissement a entraîné une augmentation annuelle de 1 p. 100 des dépenses de santé, les opinions divergent fondamentalement quant à l'importance de cette hausse de 1 p. 100 par an. Pour ma part, je pense que c'est assez important. Il est impressionnant de voir ce que représente 1 p. 100 par an au bout de quelques décennies. Il est logique de compartimenter dans une certaine mesure, comme nous le faisons pour les pensions, puisque c'est un secteur où l'on peut prévoir des tendances générales avec quelque certitude. Il va sans dire qu'il est plus difficile de calculer ces sommes au centime près, mais l'orientation générale est claire. Lorsque nous connaissons un transfert démographique comme c'est le cas à l'heure actuelle, pour des raisons comparables à la situation des pensions, il est étrange pour nous d'imaginer que, à l'avenir, les descendants de la génération de l'après-guerre diront à leurs parents: «Vous l'avez vu venir et vous n'avez rien fait pour l'empêcher.» Je préférerais pouvoir leur dire: «Nous l'avons vu venir et, au mieux de nos moyens limités, nous avons essayé de faire face aux pressions et désormais, en effet, c'est à vous de prendre les choses en main pour l'avenir.» Nous pourrions nous entendre de cette façon, d'une génération à l'autre.

Pour aborder deux points essentiels, relativement aux prévisions par rapport à 1986, j'aimerais savoir — et même si je ne connais pas la réponse, j'ai certains doutes — comment ont évolué les budgets de l'éducation par rapport à ce qu'on avait prévu en fonction des données démographiques à partir de 1986. Nous n'avions pas prévu à l'époque que la diminution du taux de croissance des élèves aux niveaux élémentaire et secondaire serait compensée comme c'est le cas par une diminution du rapport enseignant/élève et une augmentation des dépenses dans tous les autres secteurs du système. Nous n'avions pas prévu l'explosion de la demande d'enseignement postsecondaire, et c'est un secteur où, à mesure que les gens continuent de perfectionner leurs compétences à intervalles réguliers au cours de leur vie — ce qui constitue une juste prévision — nous serons témoins d'une demande permanente énorme à l'égard de ressources croissantes.

Si l'on part du principe que les dépenses en matière d'éducation sont en grande partie reliées aux enseignants plutôt qu'aux étudiants, l'argument est encore plus convaincant.

C'est une chose de parler de la possibilité de faire des économies en principe, mais c'en est une autre de dire vraiment que nous devrions réduire les dépenses d'éducation pour faire de la place aux soins de santé. Il faut être bien prudent sur ce point.



On a final point about the other side of the budget, what is often neglected, not by Dr. Spencer but by others, is the implications of the more slowly growing population of labour force age for the tax base. Some people argue that there will be offsetting impacts; for example, when the retirees are drawing on their pension plans and their RRSP money. I assume constant tax rates here. Implicitly some people are saying no, that those aggregate tax rates will go up, that governments will tap into that flow of income to a much greater extent than we anticipate.

That may be true, but the people who have that retirement savings set aside are probably not anticipating that these overlapping claims on it exist.

It is also important to think about what will be operating on the revenue side. If the population retires later, if the population is healthier and is working longer, if productivity growth is higher, then clearly the scenarios that I am portraying here will not come to pass and we will be much better off. However, we will have to work to make that come about.

**Senator Cook:** I want to thank you for a very complex presentation.

I come from Newfoundland. I look at your charts and I find myself at the top of the list. What solutions will there be for my aging population with a relatively poor growth rate? I certainly appreciate your option with regard to the CHST grants. I was very impressed by that. What is will be. We are here, and if we are fortunate, we will age, hopefully in a decent manner.

With the amalgamation of hospitals in Newfoundland, I have a vision of a community clinic; a storefront that would take care of the basic needs of the people who live in the geographical area, be they young or old, but for now I will talk about the aging population. There would be exercise, diet and nutrition programs and basic diagnostic services. I see a role for a nurse practitioner there. This community clinic could be a hub into the tertiary or next level of care.

Do you see that as a very simple, workable model that would help take care of me? Because I am it.

**Mr. Robson:** Newfoundland's situation does look uniquely awkward when you do these kinds of mechanical projections. I will point out the extraordinary sensitivity of the results to the assumptions that people make about interprovincial migration. Newfoundland, though relatively young in the past, has seen disproportionately large numbers of young people move out of the province. More recently, we have seen signs that that might be reversed. If we rerun these numbers with the assumption that Newfoundland becomes a more attractive place than it evidently was in the past, and that young people stay, come back to it, and maybe even move into it from the rest of the country, that bleak picture turns around very dramatically.

Une dernière chose au sujet de l'autre colonne du budget. Certaines personnes ont souvent tendance à oublier, même si ce n'est pas le cas de M. Spencer, l'incidence de la croissance plus lente de la population en âge de travailler sur l'assiette fiscale. Certains soutiennent qu'il y aura des effets compensatoires; par exemple, lorsque les retraités commencent à puiser dans leur régime de pensions et leurs RÉER. Je prends pour hypothèse des taux d'impôt constants. De façon implicite, certaines personnes se disent que ces taux d'impôt globaux vont augmenter, que les gouvernements vont puiser dans cette source de revenu beaucoup plus que nous ne l'escomptons.

C'est peut-être vrai, mais les personnes qui ont mis de côté de l'argent pour leur retraite, ne prévoient sans doute pas qu'il pourra servir à d'autres fins.

Il importe également de penser à l'évolution des recettes. Si la population part à la retraite plus tard, si les gens sont en santé et travaillent plus longtemps, si le taux de productivité est plus élevé, de toute évidence, les scénarios que je présente ici ne se concrétiseront pas et ce sera tant mieux pour nous. Toutefois, nous devons faire de gros efforts pour en arriver là.

**Le sénateur Cook:** Je vous remercie de cet exposé très complexe.

Je viens de Terre-Neuve. J'examine vos tableaux et je me trouve en haut de la liste. Quelles sont les solutions pour ma population vieillissante dont le taux de croissance est relativement faible? Je comprends l'option que vous proposez relativement au Transfert canadien pour la santé et les programmes sociaux. Cela m'a beaucoup impressionné. Rien ne change. Nous sommes ici, et si nous avons de la chance, nous vieillirons, espérons-le dans de bonnes conditions.

Grâce au regroupement des hôpitaux à Terre-Neuve, j'ai une idée de ce que pourrait être une clinique communautaire: un centre ayant pignon sur rue qui est là pour répondre aux besoins fondamentaux des gens de la région, jeunes ou vieux, mais pour le moment je parlerai de la population vieillissante. Il y aurait des programmes d'exercice, de régime et de nutrition et des services de diagnostic de base. Il y aurait sur place une infirmière de première ligne. Cette clinique communautaire pourrait servir de plaque tournante pour le palier tertiaire ou le palier suivant de soins.

D'après vous, est-ce un modèle simple et pratique qui permettra de s'occuper de moi? Parce que j'y suis.

**M. Robson:** La situation de Terre-Neuve semble particulièrement étrange lorsqu'on fait ce genre de prévisions mécaniques. Je signale la sensibilité extraordinaire des résultats des hypothèses que font les gens au sujet de la migration interprovinciale. Terre-Neuve, dont la population était relativement jeune par le passé, a vu un nombre disproportionné de jeunes quitter la province. Dernièrement, il semblerait que la tendance soit inversée. Si nous revoyons ces chiffres en partant du principe que Terre-Neuve devient un endroit plus attrayant qu'elle ne l'a été par le passé, et que les jeunes restent dans la province, y reviennent ou peut-être viennent s'y établir en provenance d'autres régions du pays, ce sombre tableau change du tout au tout.

I do want to emphasize the point with regard to Newfoundland and the speed of the transition from relatively young to relatively old.

On community clinics, I will defer to Dr. Dalziel. I want to make a strong statement about the fact that I do not know — that it is important that I do not know. Reforms of the kind that you are talking about are almost certainly a large part of the answer.

I repeat that it is necessary that the federal government not direct tied funding to various types of activities that might prevent the kind of integration you are talking about. I even worry about the possibility that increases in federal funding might be tied to increasing moves towards capitation systems and rostering. We strongly suspect that that is a large part of the answer. However, even in that area, I am not so confident that I can stand here and advocate it as a large part of a thrust the federal government should be making.

I like the possibility of a fee-for-service component for primary care physicians because I personally want someone who will be my agent — my advocate — in the system. I do not want the frontline person that I encounter to be one who has a vested interest in keeping me out.

There is an institutional structure there that we often point to now as part of the problem. Undoubtedly, there are problems associated with it, but we have to be very cautious in assuming that if we move on a large scale in another direction, we will not possibly end up with a worse situation. Thus, although I am sympathetic to the vision you present, when it comes to the federal government's role — and I apologize for repeating myself — we must be cautious about directing the funding in a way that will steer the provinces in certain directions that we may only find out afterwards we do not want.

**Dr. Dalziel:** Every human being has multiple dimensions. The idea that you look at those different dimensions with multiple professionals is probably appropriate in terms of organization. One fact we have not touched on at all is that one-third of Canada's elderly live in rural areas or towns of 10,000 people or less. Those people are, essentially, completely disenfranchised from receiving specialized geriatric knowledge and intervention. We must develop models that will tackle that.

I spent quite a lot of time in Timmins, Ontario, working with family physicians to gain more expertise in geriatrics and the care of the elderly, and also training people who work for home care as multi-dimensional assessors so that they can look at physical, social, and psychological factors across the board. They gain the knowledge about drugs to work with family physicians as a dyad — working together to try to address the problems of the elderly. There are different ways in which we can maximize what physicians do well and maximize what other professionals always do well. I am really worried about rural areas and Canada's elderly.

Je tiens à insister sur cette question en ce qui concerne Terre-Neuve et la rapidité de la transition entre une population relativement jeune et une qui est relativement âgée.

Pour les cliniques communautaires, je vais donner la parole au Dr Dalziel. Je tiens à affirmer catégoriquement que je ne parle pas de choses que je ne connais pas. Les réformes comme celles dont vous parlez représentent sans nul doute une bonne partie de la solution.

Je le répète, il faut que le gouvernement fédéral n'accorde pas de subventions conditionnelles à diverses sortes d'activités qui risquent d'empêcher l'intégration dont vous parlez. Je m'inquiète même de la possibilité que les augmentations du financement fédéral soient conditionnelles à la mise en place de régimes d'impôt per capita et d'établissements d'horaires de travail. Tout nous porte à croire que cela représente l'essentiel de la solution. Toutefois, même dans ce domaine, je ne suis pas convaincu de pouvoir recommander que le gouvernement fédéral en fasse le pivot de son orientation.

J'aime l'idée de la rémunération à l'acte pour les médecins de premier recours, car je souhaite personnellement pouvoir faire appel à quelqu'un qui sera mon représentant et mon défenseur au sein du système. Je ne veux pas que la personne que je rencontre en première ligne ait un intérêt direct à m'exclure.

De nos jours, on a souvent tendance à tenir le réseau hospitalier responsable de nos problèmes. Il est certain qu'il existe des problèmes, mais il faut se montrer très prudent pour éviter que, si l'on opte pour une transformation fondamentale du système, on ne se retrouve dans une situation encore pire. Par conséquent, même si je suis favorable au système que vous recommandez, lorsqu'il s'agit du rôle du gouvernement fédéral — et je vous prie d'excuser mes répétitions — nous devons faire preuve d'une grande circonspection dans l'attribution des fonds, pour éviter que les provinces prennent des orientations que nous regretterons par la suite.

**Dr Dalziel:** Tout être humain a plusieurs dimensions. L'idée qu'on puisse avoir divers professionnels pour s'occuper de chacune de ces dimensions représente sans doute une bonne organisation. Nous n'avons pas encore mentionné que un tiers des personnes âgées du Canada habitent dans des régions rurales ou des villes de 10 000 habitants ou moins. Ces personnes sont, à toutes fins utiles, totalement privées de leurs droits de profiter des compétences et des services gériatriques spécialisés. Il faut élaborer des modèles qui visent à résoudre ce problème.

J'ai passé beaucoup de temps à Timmins, en Ontario, à travailler avec des médecins de famille pour acquérir de l'expérience en gériatrie et dans les soins aux personnes âgées, et aussi à former des personnes qui peuvent offrir des soins à domicile en évaluant tous les aspects de la santé, qu'il s'agisse de facteurs physiques, sociaux ou psychologiques. Elles apprennent à connaître les médicaments afin de travailler en tandem avec les médecins de famille, c'est-à-dire de collaborer pour résoudre les problèmes des personnes âgées. Il y a diverses façons de tirer partie au maximum de ce que savent faire les médecins et aussi des compétences des autres professionnels. Je suis très préoccupé par les Canadiens âgés qui habitent dans les régions rurales.



**Senator Cook:** Do you see a role for a volunteer in a rural clinic?

**Dr. Dalziel:** There has been much work done, particularly with peer counsellors and other seniors involved in counselling about medications, exercise and other issues. That is a capacity that should be utilized.

**Senator Callbeck:** Mr. Robson, when I look at the figures for a population of 65 plus per hundreds of working age people, it certainly concerns me greatly. If my eyesight serves me properly, it looks as though Prince Edward Island and New Brunswick, for example, were, in 1980, about the same as Ontario. However, in 2040, if I am reading this properly, New Brunswick will have 55 people over 65 relying on 100 working people, whereas in Ontario there will only be 38 over 65 relying on 100 working people. Why is there such a difference in that 40 years between Atlantic Canada and Ontario?

**Mr. Robson:** I am not sure what a demographer would use by way of terminology here, but what we are seeing is a different height of the crest of the baby boom. Then we see different speeds at which fertility rates fell off afterwards. Certainly, in the Atlantic region, generally speaking, there is a more dramatic shift there, and one where a relatively young population becomes relatively old in a hurry. To repeat the points I made earlier, interprovincial migrations make a difference, younger people being relatively quick to move.

In my base case projections, for the sake of avoiding making strong assumptions, I simply zeroed it out after five years and decided that we would assume the migration essentially stops after that amount of time. The capacity for a growing economy that attracts young people to improve this type of outlook is colossal. In fact, in many respects, it is the most important thing you could do in trying to turn this situation around. When people talk about a strong economy being a strong basis for a health care system, I can only say that I absolutely agree.

Essentially, and on the speed of the demographic transition, if we were feeling very ambitious as social engineers, we might think about pro-natalist policies and that type of thing. There is a debate as to whether they work and whether it is even appropriate to think about things like that. I stay away from it. Rather, I look at the migration. To the extent that it is possible to do something about that, I think that it points to the pressures that might require the federal government to step in with something that would accommodate the demographic pressures and make it easier for the provinces that are on the wrong end of the deal to cope with the situation. That can be done to an extent that is not going to cause Prince Edward Island, or any other province, to start to re-jig its programs in ways that will be disruptive and perhaps counter-productive over time. That depends on what the Department of Human Resources Development, for example, in Ottawa thinks is appropriate in a given year.

**Le sénateur Cook:** Selon vous, les bénévoles ont-ils leur place dans une clinique rurale?

**Dr Dalziel:** On s'est beaucoup penché sur la question, surtout avec les conseillers et d'autres responsables s'occupant de counselling au sujet des médicaments, de programmes d'exercice et d'autres questions. C'est une capacité qu'il faudrait utiliser.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur Robson, lorsque j'examine les pourcentages de personnes âgées de plus de 65 ans par rapport aux personnes en âge de travailler, cela me préoccupe vivement. Si ma vue est bonne, on dirait que l'île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick, par exemple, avaient les mêmes chiffres que l'Ontario en 1980. Toutefois, en 2040, si j'ai bien compris, il y aura au Nouveau-Brunswick 55 personnes de plus de 65 ans qui seront tributaires de 100 personnes en âge de travailler, contre 38 seulement en Ontario. Qu'est-ce qui explique une telle différence entre la région de l'Atlantique et l'Ontario au cours de cette période de 40 ans?

**M. Robson:** Je ne sais pas comment un démographe expliquerait les choses, mais ce dont nous sommes témoins, c'est d'un niveau différent pour le sommet de la courbe du baby-boom. Il y a aussi les taux de fertilité qui ont diminué à des rythme différents par la suite. En tout cas, dans la région de l'Atlantique, en général, il y a un changement plus spectaculaire, et une population relativement jeune qui vieillit plus rapidement. Pour réitérer ce que j'ai dit plus tôt, les migrations interprovinciales expliquent la situation, le fait que les jeunes se déplacent assez rapidement.

Dans mes prévisions de base, pour éviter de faire des hypothèses trop catégoriques, je vais tout annuler au bout de cinq ans en décidant que nous partirions du principe que la migration cesse pour l'essentiel au bout de cette période. Une économie en pleine expansion qui attire les jeunes peut changer du tout au tout ce genre de perspective. En fait, à bien des égards, c'est la chose la plus importante qu'on puisse faire pour renverser la vapeur. Lorsque les gens parlent d'une économie forte qui sert de fondement solide à un système de soins de santé, je ne peux qu'être totalement en accord avec eux.

En fait, et au sujet de la rapidité de la transition démographique, si nous nous considérons comme des ingénieurs sociaux très ambitieux, nous pourrions envisager des politiques natalistes et autres initiatives de ce genre. On s'interroge sur l'efficacité de ces politiques, et sur l'opportunité d'envisager ce genre de mesures. J'évite de le faire. Je préfère m'intéresser à la migration. Dans la mesure où il est possible de changer les choses dans ce domaine, cela permet d'entrevoir les problèmes qui obligeront le gouvernement fédéral à intervenir grâce à des mesures qui tiennent compte des pressions démographiques et qui facilitent la tâche aux provinces qui sont du côté des perdants. Il est possible de le faire sans obliger l'île-du-Prince-Édouard, ou une autre province, à réorganiser tous ses programmes, ce qui risque d'avoir des effets négatifs et d'aller à l'encontre du but recherché. Tout dépend de ce que le ministère du Développement des ressources humaines à Ottawa, par exemple, juge approprié pour une année donnée.

**Dr. Spencer:** A big part of the reason in the projections for the difference between the Atlantic provinces and Ontario is that Ontario is a major recipient of immigrants from the rest of the world — very few go to the Atlantic region. It is worth emphasizing in this context that almost all of the growth of the future population, and especially the labour force, in Canada is from international migration.

**Senator Morin:** Returning to Mr. Robson, the provinces that have the largest elderly population tend to spend relatively less. They are the poorer ones, and you would expect them to spend less.

**Mr. Robson:** I refer to the ratio of spending on those 65 and over.

**Senator Morin:** Yes, but they have fewer resources. Ontario, Alberta, and the richer provinces have a lower ratio of elderly population for the reasons you have just mentioned.

**Mr. Robson:** I was referring to the ratio in each province and what the ratio of spending per person who is elderly to the younger person is. There is nothing that would automatically suggest that if a province were poorer, they would spend proportionately less on everyone. It does happen to be the case, although it is not a very strong correlation. For example, in Saskatchewan, where the population already does tend to be older, they spend relatively less on elderly people. There are both benign and not so benign interpretations of that. I was suggesting some benign interpretations.

**Senator Cohen:** I do not think I will complain any more about my medical care, because the future at the moment does not look too rosy in view of the predictable changes and alarming statistics that we have heard about this morning. In your opinion, what special measures should the federal government take now, immediately, to cope with the aging population and the many problems that have been forecasted? What attacks should begin instantly and on what front?

**Mr. Robson:** I will mention just one thing, and let me be appropriately humble about how well this responds to the desire of Canadians generally to see better-quality health care.

I will simply focus on the fiscal angle. Canadians have shown, when debating pension systems, and when confronting the very recent fiscal problems, a very strong capacity and desire to think ahead and to arrive at systems that are sustainable.

I would ask that we contemplate trying to protect a little of the federal surplus in the short run, so that in the longer run we will have lower debt and greater capacity to fund the health programs that we want.

It is only one small answer, but one of the difficulties that we are facing in the short run is that, as the economy has gone through a bit of a boom and now appears to be softening, we have seen federal finances improve dramatically.

**M. Spencer:** Ce qui explique en bonne partie l'écart entre les provinces atlantiques et l'Ontario, dans nos prévisions, c'est que l'Ontario reçoit énormément d'immigrants provenant du reste du monde, alors que très peu d'entre eux vont vers la région de l'Atlantique. Il faut souligner, à ce sujet, que presque toute la croissance démographique future, et surtout l'expansion de la population active au Canada, est due aux migrations internationales.

**Le sénateur Morin:** Pour en revenir à M. Robson, les provinces qui ont la plus forte population de personnes âgées dépensent généralement moins que les autres. Ce sont les plus pauvres et on s'attend à ce qu'elles dépensent moins.

**M. Robson:** Je parle du ratio des dépenses visant les personnes de 65 ans et plus.

**Le sénateur Morin:** Oui, mais ces provinces ont moins de ressources. L'Ontario, l'Alberta et les provinces riches ont une population âgée proportionnellement moins importante pour les raisons que vous venez d'énoncer.

**M. Robson:** Je parlais du ratio dans chaque province et du rapport personnes âgées/jeunes au niveau des dépenses. Rien ne permet de suggérer qu'automatiquement, si une province est moins nantie, ses dépenses sont proportionnellement moins élevées toutes catégories d'âge confondues. Il se trouve que c'est le cas même si la relation de cause à effet n'est pas évidente. Par exemple, en Saskatchewan, où la population a déjà tendance à être plus âgée, les dépenses consacrées aux personnes âgées sont relativement moindres. Il y a des interprétations de cette tendance qui sont plus ou moins bénignes. Celle que j'ai suggérée relève de la première catégorie.

**Le sénateur Cohen:** Je crois que je ne me plaindrai plus des services qui me sont offerts car j'ai l'impression que l'avenir n'est pas très rose, si j'en crois les statistiques alarmantes et les changements prévisibles dont on nous a parlé ce matin. À votre avis, quelles mesures spéciales devrait prendre immédiatement le gouvernement fédéral pour faire face au vieillissement de la population et aux nombreux problèmes qu'on nous prédit? Quelle offensive devrait être menée immédiatement et sur quel front?

**M. Robson:** Je ne mentionnerai qu'une chose, et avec l'humilité appropriée pour vous montrer combien cela répond à l'attente de l'ensemble des Canadiens qui souhaitent un système de services de santé de meilleure qualité.

Je me limiterai au contexte financier. Les Canadiens ont démontré, lorsqu'ils débattent des régimes de pension et qu'ils sont confrontés aux tout derniers problèmes financiers, une très grande capacité à penser sur le long terme et à trouver des solutions durables.

Il faudrait, selon moi, essayer de protéger un petit peu plus longtemps l'excédent fédéral afin qu'à plus long terme, une dette plus réduite nous permette de financer plus facilement les programmes de santé que nous désirons.

Ce n'est peut-être pas grand-chose mais un de nos problèmes à court terme, notre économie ayant connu une période d'euphorie même si elle semble retomber un peu aujourd'hui, les finances fédérales se sont améliorées de manière spectaculaire.



We are seeing a lot of money being pushed out the door in response to the desire for better-quality services in the short run. I think that Canadians are also ready to have a reasonable discussion about the need to make some longer-term plans and would respond well to a federal government proposal that some of the money in those current federal surpluses ought to be set aside so that it will be there to draw on in 10, 15 or 20 years.

**Dr. Spencer:** I would be happy to pick up on the notion of planning for the future that has just been identified.

Specifically in the health care area, what cries out for attention is that the system requires planning. It is a publicly funded system, and if it is not planned for by public authorities in an integrated way as a system for the improved health care of the population, it is not planned. Report after report has identified this as being an important problem. There is no coherent plan on the part of any current provincial government for the ongoing delivery of health care, how many physicians should be trained and in what specialties, how many nurses should be doing this specialty, and so on. That whole range of issues is simply not, as a matter of practice, part of the planning focus of any provincial government in the country.

**Dr. Dalziel:** The assistant deputy minister of Health in Ontario told how health care was planned in this province. He got up at 4:00 o'clock when *The Toronto Star* hit his back door and read it. He then decided what he would do about health care in Ontario.

**Senator Cohen:** That is a sad commentary.

**Dr. Dalziel:** I would echo that most planning now is reactive. All provinces are different in terms of whether or not they pay attention to the health needs of their elderly population. If a signal can be sent, and if anyone can get the provinces to start paying a lot of attention to this as opposed to just dealing with the ICU or emergency room issues and so on, it would be welcomed. Planning for seniors' issues is completely at the bottom of the totting pole.

**Senator Cohen:** How do we shake up these deans who seem to be stuck in a time warp?

**Dr. Dalziel:** I was being facetious about deans. Some of them are good friends of mine. They do not have a lot of power to change the curriculum either. They can only make a few changes and then the knives are pulled out. There is a vested interest in keeping the curriculum the same, but it has not kept up with societal needs. Look at the areas of nutrition and alcohol. It is not just care of the elderly that is not being addressed properly. That entire aspect needs to be looked at.

**Senator Cohen:** You were not so facetious. You did make a strong point.

**Dr. Dalziel:** Education done the right way — meaning that it changes the behaviours of physicians or other health care professionals — is powerful. The problem is that we are not good at educating to actually change behaviours.

En réponse au désir de services de meilleure qualité à court terme, le gouvernement a dépensé beaucoup d'argent. Je crois que les Canadiens sont tout aussi prêts à une discussion raisonnable sur la nécessité de plans à plus long terme et qu'ils réagiraient favorablement si le gouvernement proposait qu'une partie de l'excédent fédéral actuel soit mis de côté pour n'être utilisé que dans 10, 15 ou 20 ans.

**M. Spencer:** C'est avec plaisir que j'aimerais ajouter le fond de ma pensée sur cette notion de planification de l'avenir.

Dans le domaine tout particulier des soins de santé, il est évident que le système réclame une planification. C'est un système financé publiquement, et s'il n'est pas planifié par les autorités publiques d'une manière intégrée ayant pour objectif l'amélioration des services de santé pour la population, on ne peut pas parler de planification. Tous les rapports successifs accordent une importance prioritaire à ce problème. Il n'y a actuellement dans aucune province de plan cohérent pour la prestation des soins de santé, rien sur le nombre de médecins à former, et dans quelle spécialité, rien sur le nombre d'infirmières à spécialiser dans tel ou tel domaine, etc. Aucun gouvernement provincial n'en a fait une de ses priorités de planification.

**Dr Dalziel:** Le sous-ministre adjoint de la Santé de l'Ontario nous a dit comment avait été décidée la planification des soins de santé dans cette province. Un matin, il a été réveillé à 4 heures par le bruit du *Toronto Star* qui était jeté devant sa porte. Il l'a lu et c'est alors qu'il a décidé de ce que serait la santé en Ontario.

**Le sénateur Cohen:** C'est bien triste.

**Dr Dalziel:** La majorité de la planification actuelle se fait par réaction. Il n'y a pas deux provinces qui prêtent la même attention aux soins de santé de leur population âgée. Si on pouvait leur envoyer un signal, si quelqu'un pouvait inciter les provinces à prêter beaucoup plus d'attention à ce problème plutôt que de s'occuper exclusivement de ceux des unités de soins intensifs et des services d'urgence, ce serait merveilleux. Le vieillissement de la population occupe le dernier rang de leurs priorités.

**Le sénateur Cohen:** Comment secouer ces doyens qui semblent vivre dans un autre monde?

**Dr Dalziel:** C'était une plaisanterie. Je compte parmi ces doyens de très bons amis. Ils n'ont pas vraiment non plus les pouvoirs de changer les programmes. Ils ne peuvent que proposer quelques changements, et aussitôt les couteaux sortent. Il y a des intérêts qui s'opposent à toute modification des programmes, ce qui fait qu'ils ne répondent plus aux besoins sociaux. Prenez par exemple la nutrition et l'alcoolisme. Il n'y a pas que les services aux personnes âgées qui coïncent. C'est tout l'ensemble qu'il faut revoir.

**Le sénateur Cohen:** Ce n'était pas une plaisanterie. Vous avez tout à fait raison.

**Dr Dalziel:** L'éducation, si elle est dispensée correctement — si elle permet de modifier le comportement des médecins et des autres professionnels de la santé — est un instrument puissant. Le problème c'est que l'éducation actuellement dispensée n'incite pas à un changement de comportement.

**Dr. Spencer:** To elaborate on one other aspect of this, I think it is important not to plan just for physicians. I would like to emphasize the importance of an overall, integrated look at the health care system as a system, so that substitution of one type of personnel for another, or the question of care in hospitals versus in the community, and all the rest of it are also considered. That is very important. There is much scope for saving costs by moving towards best practice, where that is being demonstrated repeatedly in all sorts of studies. There are better ways of doing things, yet we seem to have a system that does not readily accommodate this information as it becomes available.

**Senator Cohen:** Someone used the expression "promoting successful aging." It caught my imagination. It could be a mantra that the government could use in perhaps revisiting this entire Participation era from many years ago that was so successful. I wrote that down because it caught my imagination. Promoting successful aging is another area that we must look at.

**Senator Graham:** I was going to use my last few seconds to defend Dean Morin, but he is perfectly able to defend himself, as he proves time and again.

My final question is a general one. Are we abusing or overusing the health care system? Are we taking our children or our so-called "loved ones" to the doctor or to the neighbourhood clinic or to the outpatient clinic too often? Has the rate of visits to the doctor, to the clinic, to the outpatient clinic increased in recent years? Are we depending too much on prescriptions? Are we sending Johnny or Mary to the doctor or getting a prescription for a sniffle or two when just waiting two or three days would solve the problem and whatever it was would go away anyway?

**Dr. Dalziel:** I would say there is a lot of use of the health care system for what are limited health problems that, as you say, will go away. I do not think we have done a good job of educating the public about how they should respond to illness and what their expectations should be. It is only recently that we have really tried to educate them about antibiotic overuse, which has become a huge problem with the emergence of resistance. We need to do a better job of helping people to recognize whether or not they should go for help. Many family physician visits are still for conditions that are self limiting and will go away.

**Senator Graham:** I suspect that millions upon millions of dollars are spent unnecessarily in that respect.

**The Deputy Chairman:** I would like to thank each witness for an enormously helpful and informative presentation. It was absolutely excellent.

The committee adjourned.

**M. Spencer:** J'ajouterais qu'à mon avis, il importe que cette planification ne s'applique pas qu'aux médecins. J'aimerais insister sur l'importance d'un examen global et intégré de l'ensemble du système de santé afin que le remplacement d'un type de personnel par un autre, ou que la question des soins en milieu hospitalier par opposition à des soins en milieu communautaire, et tout le reste soit aussi pris en considération. C'est très important. Les possibilités d'économies associées à de meilleures pratiques ne cessent d'être démontrées dans toutes sortes d'études. Il existe de meilleures solutions, mais il semblerait que notre système n'accueille pas volontiers ce genre d'informations quand elles sont disponibles.

**Le sénateur Cohen:** Quelqu'un a parlé de «promotion de vieillesse heureuse». Cela m'a frappée. Cela pourrait devenir le mantra dont le gouvernement pourrait se servir pour peut-être faire un retour en arrière sur toute cette époque de la Participation qui avait connu un tel succès il y a déjà longtemps. Je l'ai écrit parce que cela m'a frappée. La promotion d'une vieillesse heureuse est un autre concept auquel il nous faut réfléchir.

**Le sénateur Graham:** J'allais utiliser les dernières secondes qui me reste à défendre le doyen Morin, mais il est tout à fait capable de se défendre lui-même comme il ne cesse de le prouver.

Ma dernière question sera de caractère général. Est-ce que nous abusons du système de santé ou est-ce que nous le surutilisons? Est-ce que nous emmenons nos enfants ou ceux qui nous sont «chers» trop souvent chez le médecin, à la clinique ou en service de consultation? Est-ce que le nombre de visites chez le médecin, à la clinique, au service de consultation a augmenté au cours des dernières années? Est-ce que nous dépendons trop des ordonnances? Est-ce que nous envoyons Johnny ou Mary chez le médecin ou est-ce que nous demandons une ordonnance pour un oui ou pour un non alors que si nous attendions simplement deux ou trois jours le problème ou le bobo se résoudrait de lui-même?

**Dr Dalziel:** Il y a beaucoup de cas de recours au système de santé qui ne se justifient pas vraiment, comme vous venez de le dire. Je crois que nous n'avons pas fait du bon travail et n'avons pas suffisamment éduquer le public en matière de maladie et d'attentes des services de santé. Cela ne fait pas longtemps que nous essayons de l'éduquer pour lui faire comprendre que la surutilisation des antibiotiques est dangereuse et crée un énorme problème de résistance immunitaire. Il faut que nous fassions mieux pour aider le public à savoir si oui ou non il a besoin de consulter. Il y a encore trop de visites chez le médecin de famille qui ne se justifient pas.

**Le sénateur Graham:** Je soupçonne que cela coûte inutilement des millions de dollars.

**La vice-présidente:** J'aimerais remercier chacun des témoins de leurs dépositions qui ont été énormément utiles et instructives. C'était absolument excellent.

La séance est levée.













*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

---

WITNESSES—TÉMOINS

*From the C.D. Howe Institute:*

William B.P. Robson, Vice-President and Director of  
Research.

*From McMaster University:*

Byron G. Spencer, Professor.

*From the University of Ottawa:*

Dr. William Dalziel.

*De l'Institut C.D. Howe:*

William B.P. Robson, vice-président et directeur de la  
recherche.

*De l'université McMaster:*

Byron G. Spencer, professeur.

*De l'Université d'Ottawa:*

Dr William Dalziel.



IC 26  
51

Document  
Publication



First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Social Affairs, Science and Technology

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, March 28, 2001

Le mercredi 28 mars 2001

Issue No. 4

Fascicule n° 4

**Fourth meeting on:**  
The state of the health care system in Canada

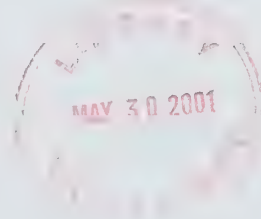
**Quatrième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

INCLUDING:  
THE SECOND REPORT OF THE COMMITTEE  
(The state of the health care system in Canada entitled,  
"The Health of Canadians — The Federal Role —  
Volume One: The Story So Far")

Y COMPRIS:  
LE DEUXIÈME RAPPORT DU COMITÉ:  
(L'état du système de santé au Canada intitulé:  
«La santé des canadiens — Le rôle du gouvernement  
fédéral — Volume un: Le chemin parcouru»)

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Ferretti Barth
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, P.C.	

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Change in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Johnson substitution pending (*March 28, 2001*).

The name of the Honourable Senator Ferretti Barth substituted for that of the Honourable Senator Graham, P.C. (*March 27, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Ferretti Barth
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, c.p.	

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Johnson remplacement à venir. (*le 28 mars 2001*)

Le nom de l'honorable sénateur Ferretti Barth substitué à celui de l'honorable sénateur Graham, c.p. (*le 27 mars 2001*)



## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, March 28, 2001

(5)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 3:35 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cohen, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Ferretti Barth, Kirby, LeBreton, Morin and Robertson (10).

*Other senators present:* The Honourable Senators Keon and Pélipin (2).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee began its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the committee, Issue No.2.*)

## WITNESSES:

*From IMS Health Canada:*

Dr. Roger A. Korman, President.

*From the Canadian Association of Pharmacists:*

Dr. Jeff Poston, Executive Director.

*From Health Promotion Research:*

Dr. Robert Coombs, President and CEO.

*From Health Canada:*

Barbara Ouellet, Director of Home Care and Pharmaceuticals, Health Care Directorate, Policy and Consultation Branch.

The Chair made a statement.

Dr. Coombs made a statement. Dr. Poston made a statement. Dr. Korman made a statement. Ms Ouellet made a statement.

The witnesses answered questions.

At 5:55 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

## PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 28 mars 2001

(5)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 35, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cohen, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Ferretti Barth, Kirby, LeBreton, Morin et Robertson (10).

*Autres sénateurs présents:* Les honorables sénateurs Keon et Pélipin (2).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, greffière législative.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité entreprend son étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les délibérations du comité, fascicule n° 2.*)

## TÉMOINS:

*De IMS Health Canada:*

Le Dr Roger A. Korman, président.

*De l'Association des pharmaciens du Canada:*

Le Dr Jeff Poston, directeur exécutif.

*De la Health Promotion Research:*

Le Dr Robert Coombs, président et PDG.

*De Santé Canada:*

Barbara Ouellet, directrice, Soins à domicile et produits pharmaceutiques, Direction générale des politiques et de la consultation.

Le président fait une déclaration.

Le Dr Coombs fait une déclaration. Le Dr Poston fait une déclaration. Le Dr Korman fait une déclaration. Mme Ouellet fait une déclaration.

Les témoins répondent aux questions.

À 17 h 55, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

*La greffière du comité,*

Catherine Piccinin

*Clerk of the Committee*

## REPORT OF THE COMMITTEE

Wednesday, March 28, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to table its

## SECOND REPORT

Your Committee, which was authorized by the Senate on Thursday, March 1, 2001 to examine and report upon the state of the health care system in Canada, now tables an interim report entitled *Volume One — The Story So Far*.

Respectfully submitted,

*Le président,*

MICHAEL KIRBY

*Chair*

*(The text of the interim report is printed after the Evidence)*

## RAPPORT DU COMITÉ

Le mercredi 28 mars 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de déposer son

## DEUXIÈME RAPPORT

Votre comité, qui a été autorisé par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001 à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada, dépose maintenant un rapport intérimaire intitulé *Volume un: Le chemin parcouru*.

Respectueusement soumis,

*(Le texte du rapport intérimaire figure après le témoignage.)*



## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, March 28, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:35 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, we are here this afternoon to continue our work on our second report on the federal role in health care. We are in that phase of our work where we are talking about what are the big cost-drivers affecting the health care system.

Our witnesses this afternoon will talk about the impact of drug prices on health care. I will ask each of them to make a presentation, after which we will have a round table discussion.

I suggest that we begin with Dr. Robert Coombs, whose company is affiliated with the University of Toronto Centre for Health Promotion.

**Dr. Robert Coombs, President, Health Promotion Research:** Mr. Chairman, why are drug prices increasing? Why does it always feel as if a little farther down the road, there is some terrible impending disaster? In fact drug prices are rising precipitously. If you look at just dollar data, you will see this massive increase. One interesting fact about this graph is that there were vigorous efforts undertaken at about this time period shown to constrain the increase. In fact those efforts were successful. We all know about the political pain associated with it. This is just to point out that it is possible to constrain that growth rate. However, there is an inevitable reality that goes along with that growth rate.

If you look at it on this graph as a percentage of GDP, you will see a different story, although it is similar in a way. However, in the end, we have a continuous upward trend. Of course, we are not the only ones to be in this spot.

You will see a similar pattern in OECD countries in general. We have selected four because they are particularly interesting. If we start in the year 1960 and take it to 1997, we see increases everywhere. Germany is interesting because they are perhaps comparable to us. They start out at a fairly low level. They are now approaching 11 per cent of GDP. The U.K. is lower, but they are still increasing. You will notice that every one of the OECD countries is increasing. There is huge demand for health care systems.

We know a little about the U.S. The point here is that it has the highest expenditure of all developed countries in terms of percentage of GDP. Canada is by no means the leader. You also

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 28 mars 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 35 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Honorables sénateurs, nous nous réunissons cet après-midi pour poursuivre les travaux que nous menons dans le cadre de notre deuxième rapport sur le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé. À ce stade-ci de nos travaux, nous abordons les principaux générateurs de coûts qui influent sur le système de santé.

Cet après-midi, nos témoins parleront de l'impact du prix des médicaments sur les soins de santé. Je vais demander à chacun d'eux de présenter un exposé, après quoi nous aurons une discussion en table ronde.

Je propose que nous commençons par le Dr Coombs, dont la société est affiliée au Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto.

**Le Dr Robert Coombs, président, Health Promotion Research:** Monsieur le président, pourquoi le prix des médicaments augmente-t-il? Pourquoi a-t-on toujours l'impression qu'une terrible catastrophe nous attend au prochain tournant? En fait, le prix des médicaments augmente en flèche. Si on ne regarde que les données pécuniaires, on constate cette augmentation massive. En ce qui concerne le graphique que nous avons sous les yeux, le fait intéressant est que, à peu près à ce moment-ci, on déployait des efforts vigoureux pour juguler l'augmentation. En fait, ces efforts ont été fructueux. Nous sommes tous au courant des difficultés politiques qui en ont découlé. Si je fais cette remarque, c'est simplement pour montrer qu'il est possible de contenir le taux de croissance. Cependant, le taux de croissance s'inscrit dans une réalité inévitable.

Si on analyse le graphique en pourcentage du PIB, on constate une situation différente, quoique similaire en un sens. À la fin, cependant, nous devons faire le constat d'une tendance à la hausse continue. Bien entendu, nous ne sommes pas les seuls dans cette situation.

On constate un schéma analogue dans les pays de l'OCDE en général. Nous en avons choisi quatre dont le cas est particulièrement intéressant. Si on prend l'année 1960 pour point de départ et qu'on poursuit jusqu'en 1997, on constate qu'il y a eu des augmentations partout. Le cas de l'Allemagne est particulièrement intéressant parce qu'il se compare au nôtre. Au départ, le niveau était relativement peu élevé. Or, ce pays se rapproche aujourd'hui d'une proportion de 11 p. 100 du PIB. Au Royaume-Uni, le niveau est plus faible, mais il augmente toujours. Vous constaterez une augmentation dans tous les pays de l'OCDE. Les systèmes de soins de santé font face à une demande colossale.

Nous savons peu de choses au sujet des États-Unis. Ce qu'il y a, c'est que c'est, parmi tous les pays industrialisés, celui où les dépenses sont les plus élevées en pourcentage du PIB. Le Canada

see us having mostly levelled off in the last seven years, which is probably the result of cost-cutting and efforts to constrain.

The point here is that we are seeing significant problems with upward pressure that no one can resist. Please remember, senators, the figure you see being projected here is not dollars spent, it is percentage of GDP. It just seems like we are on an upward trend.

We are currently feeling tremendous upward pressure. In the most recent past, we have not responded to that pressure by increasing spending. New priorities get set, budgets have changed, and we consider what we can do about it.

Let us think about what we could actually do about it, because there are some things possible. However, I will stick to some common sense stuff.

First, we do have increasing costs, but we do not have inflation, not in the way the press would have us believe. We actually have deflation in the health care system. Forgive me for speaking to such an august body in such a simple way. Senators have a history of having governed many of the boards that set prices and so on.

Inflation occurs when identical goods increase in purchasing price over time. The point here is that if a loaf of bread doubles in price but triples in quality, then that is in fact deflation. Of course, this is a common problem with economists. One thing that gets lost in the health care system debate is that health care resources are actually deflating, in the sense that the cost to get a particular "piece" of care now is less than it used to be. Valium used to be expensive; it is now cheap. The same applies to Prozac. Kidney transplants are now much cheaper than they used to be. Any particular unit cost you can think of in the health care system tends to be declining. It is not the case that we are getting inflation. We actually get a better deal from every unit of health care supply than we have ever had before, and it is likely to decline further. Deflation is helping us a lot. It would be far worse in terms of increased expenses if it were not for deflation.

The cost of health care is declining and drugs and other services are cheaper. When drugs come off formulary they become cheaper, no matter where they started out.

How do we hold it at 10 per cent? Actually, the increase is in the amount of health care that can be provided per person, but demand is increasing faster. Thus we are seeing increases in what we can supply to a patient in terms of costs per unit, but demand is increasing very quickly. The number of possible services is increasing very rapidly.

I direct you in that regard to recent activities. Kidney transplants used to be a big deal; they are now fairly routine. The same applies to dialysis. Arthroscopic surgery and brain tumour diagnostics used to be impossible. Treatment for depression used

est loin d'être le meneur à ce chapitre. Vous constaterez également que, chez nous, les dépenses se sont pour l'essentiel stabilisées au cours des sept dernières années, probablement en raison de la réduction des dépenses et des efforts de compression.

On a donc affaire à une pression à la hausse irrésistible qui entraîne de graves problèmes. Sénateurs, n'oubliez pas que les chiffres projetés ici représentent non pas les sommes dépensées, mais bien plutôt un pourcentage du PIB. Il semble bien que nous ayons affaire à une tendance à la hausse.

Nous faisons actuellement face à de formidables pressions à la hausse. Récemment, nous n'avons pas réagi à cette pression en augmentant les dépenses. On a établi un nouvel ordre de priorités, modifié les budgets et étudié les possibilités qui s'offrent à nous.

Réfléchissons à ce qui peut être fait parce qu'il y a certaines solutions. Cependant, je m'en tiendrai à celles qui relèvent du sens commun.

D'abord, nous devons composer avec une augmentation des coûts, mais il n'y a pas d'inflation, du moins pas comme les médias voudraient nous le faire croire. En fait, le système de soins de santé est en déflation. Pardonnez-moi de m'adresser à une si auguste assemblée dans des mots si simples. En effet, des sénateurs ont présidé bon nombre de commissions chargées de fixer les prix, et ainsi de suite.

On parle d'inflation lorsque le coût d'achat de produits identiques augmente au fil du temps. Si le prix d'un pain double, mais que sa qualité triple, on a en fait affaire à une déflation. Bien entendu, il s'agit d'un problème commun aux yeux des économistes. Dans le débat qui entoure le système de soins de santé, on perd de vue un aspect, c'est-à-dire que les ressources consacrées aux soins de santé sont en réalité en déflation, au sens où le coût d'un type de soin donné est aujourd'hui moins élevé qu'auparavant. Le Valium coûtait cher; il est aujourd'hui bon marché. Il en va de même pour le Prozac. Les transplantations de reins sont aujourd'hui bien moins coûteuses qu'autrefois. Dans le système de soins de santé, pratiquement tous les coûts unitaires auxquels vous pouvez penser tendent à diminuer. Il n'y a pas d'inflation. En fait, nous obtenons chaque unité de soin à meilleur compte que jamais auparavant, et la tendance se maintiendra vraisemblablement. La déflation nous est d'un grand secours. Sans elle, l'augmentation des dépenses serait beaucoup plus prononcée.

Le coût des soins de santé diminue, et les médicaments et d'autres services coûtent moins cher. Une fois retirés du formulaire, les médicaments coûtent moins cher, peu importe d'où ils sont partis.

Comment pouvons-nous nous en tenir à 10 p. 100? En fait, la hausse a trait à la quantité de soins de santé pouvant être assurés par personne, mais la demande augmente à un rythme plus rapide. Ainsi, nous sommes témoins d'augmentations de ce que nous pouvons offrir à un patient du point de vue des coûts unitaires, mais la demande augmente très rapidement. Le nombre de services possibles augmente très rapidement.

À ce propos, je vous demande de tourner votre attention vers les activités récentes. Autrefois, les transplantations de reins étaient une grosse affaire; aujourd'hui, il s'agit d'interventions relativement routinières. Il en va de même pour les dialyses. Il n'y



to be impossible; now it is routine. People want these services. We are seeing tremendous increases in demand. Even better treatments are coming for schizophrenia, arthritis, Alzheimer's, heart disease, and cancer. The list goes on and on. The point is that it is not static. It will not stop this year with these new services that are available, because there will be a flood of new services next year. Even if we tried to stifle these services at the patient level, we could not. Nor could we stifle them at the clinician level, because doctors want to give these things to their patients.

The current situation is that policymakers assume that they have only about a 10 per cent envelope with which to work. However, if you look at public disaffection, I would put it to you that the public is implicitly consenting to 11 per cent of GDP. That seems to be what they are saying. They are demanding more and better health care. They are demanding that more be spent on it. There is no way out of it. If we are going to do that, we will increase spending as a percentage of GDP.

As I just said about my earlier figure, it would not be out of line with OECD countries. In fact it would be quite congruent with Canada's history. The problem is how to do that. More precisely, even if we do that, how will we get any benefits out of it? We learned in the past that throwing money at it does not necessarily produce any benefits.

There are some simple, straightforward ways to do this. One is to reduce demand. I said that demand is growing, and we have to manage that demand. We will never eliminate it, but we can reduce it and manage it. A good example is better early intervention and prevention programs. It used to be these were "do-gooder" programs. Do you remember those? They were the ones about which we thought we could do something useful, but we did not. We spent a lot of money on them. We are now in a situation where these programs are much more scientifically based than they used to be. If you just go with the scientifically based prevention programs, you still have a large number of options available.

The other thing to do is to reduce unit costs, which may be why I am speaking at a pharmaceutical session. Obviously, one way to reduce unit costs is to keep people out of hospital as much as possible, which can be done with medication. It does not have to be brand-name medication, but we have to make better use of what is out there.

When we go about trying to meet health care demand, we can see what the media does. They talk to health care professionals and professional associations and try to find out from them what needs to be done. My point here is that we have to focus on the

a pas si longtemps, la chirurgie arthroscopique et le diagnostic des tumeurs cérébrales étaient impossibles. Le traitement de la dépression-était lui aussi impossible; aujourd'hui, il est routinier. Les Canadiens tiennent à ces services. Nous sommes témoins de formidables augmentations de la demande. On met de meilleurs traitements au point pour la schizophrénie, l'arthrite, la maladie d'Alzheimer, les maladies coronariennes et le cancer. On pourrait allonger la liste. Ce qu'il y a, c'est que la situation n'est pas statique. Tout ne s'arrêtera pas cette année avec la liste des nouveaux services offerts parce que, l'année prochaine, il y aura un afflux de nouveaux services. Même si nous voulions limiter ces services au niveau des patients, nous en serions incapables. Nous ne pourrions pas non plus les limiter au niveau clinique parce que les médecins tiennent à mettre ces procédures à la disposition de leurs patients.

Actuellement, les décideurs tiennent pour acquis qu'ils n'ont qu'une enveloppe de 10 p. 100. Si, cependant, vous tenez compte de sa désaffection, j'oserais affirmer que le public consent implicitement à une enveloppe correspondant à 11 p. 100 du PIB. Il demande plus de soins et des soins de meilleure qualité. Il demande qu'on y consacre plus d'argent. Il n'y a pas d'échappatoire. Si nous allons de l'avant, nous augmenterons les dépenses en pourcentage du PIB.

Comme je l'ai mentionné à propos du chiffre cité auparavant, nous n'irions pas, ce faisant, à l'encontre de ce que font les pays de l'OCDE. En fait, une telle mesure serait relativement conforme à la tradition canadienne. Le problème tient plutôt à la façon de procéder. De façon plus précise, comment, même si nous allons de l'avant, pouvons-nous tirer des avantages de nos investissements? Par le passé, nous avons appris que le simple fait d'investir ne garantit pas nécessairement des avantages.

Il y a certaines façons directes et simples de procéder. L'une d'elles consiste à réduire la demande. J'ai dit que la demande augmente. Nous devons donc la gérer. Nous ne pourrions jamais l'éliminer, mais nous pouvons la réduire et la gérer. À titre d'exemple, nous pouvons adopter des programmes de prévention et d'intervention précoce. Je fais référence aux programmes «bien-pensants» d'autrefois. Vous vous en souvenez? Nous croyions pouvoir faire quelque chose de bien à leur sujet, mais nous n'avons pas donné suite. Nous leur avons consacré beaucoup d'argent. Aujourd'hui, ces programmes ont des assises beaucoup plus scientifiques qu'auparavant. Si nous options pour des programmes de prévention étayés par des données scientifiques, un grand nombre d'options s'offriraient à nous.

L'autre solution consiste à réduire les coûts unitaires, ce qui explique peut-être que je prends la parole à l'occasion d'une séance consacrée aux produits pharmaceutiques. De toute évidence, une façon de réduire les coûts unitaires consiste à éviter les hospitalisations autant que possible, ce qu'on peut obtenir au moyen des médicaments. Il ne doit pas s'agir obligatoirement de médicaments brevetés, mais nous devons mieux utiliser les outils à notre disposition.

En ce qui concerne la satisfaction de la demande en soins de santé, nous constatons ce que font les médias. Ils discutent avec des professionnels de la santé et des associations professionnelles pour tenter d'établir ce qui doit être fait. Nous devons mettre



patient. Remember how we do it in family law? We focus on the needs of the child and ignore everything else. Everything else is secondary to the needs of the child. We are not doing that here with patients. We are not saying, "I do not care, Dr. So-and-so, or Nurse So-and-so, whether you think that should we give you more money." A better question is: Will what you are proposing improve patient health?

There is good news and bad news about life expectancy in Canada. Canada has very long life expectancy, both for males and females. Japan is ahead of us, but we are one of the leading countries in the world, which makes us look very good. We have a very successful health care system. Whatever we are doing, we are doing it very well.

The U.S. is not doing as well, which is perhaps not quite so encouraging. Perhaps we have an idea why. However, it is more inexplicable when you look at Cuba or Costa Rica. Why are we only slightly better than Costa Rica? We certainly spend far more per patient. I put it to you that we are allocating resources disastrously badly. When people say that it is not a good idea to throw money at it, let us hope no one pulls out some Costa Rican data, because it is very hard to defend ourselves against it.

These types of programs do work. What you are looking at now is a California ad. It is on billboards all over California, which now has rates of smoking at about 16 per cent. The only way they were able to achieve that was by doing what I was describing. They take a dedicated tax, which is actually a small amount of money, and spend it specifically on early intervention and prevention. They get tangible results in slowing the rise in smoking.

What you see in this next slide has to do with prescription drug compliance. The point here is that if you look at any particular medication, you will see terrible drop-offs in compliance.

This graph concerns cholesterol-lowering medication. This is Saskatchewan data, an excellent data set. It looks at patterns of cholesterol-lowering drugs over a two-year period. You have to take these drugs for about 18 months to 2 years before you get any clinical benefit. Of 100 patients who start out using these medications, after 800 days you see this rate of use illustrated here. Basically, only 10 per cent of them are still using these medications. You might say, "Okay, but this is just cholesterol-lowering drugs." I put it to you that it is not just cholesterol-lowering drugs. We have written books on this topic. Every chronic care medication has severe compliance problems.

l'accent sur le patient. Vous savez ce qu'on fait dans ce domaine du droit de la famille? Nous mettons l'accent sur les besoins de l'enfant et faisons fi de tout le reste. Tout est subordonné aux besoins de l'enfant. Ce n'est pas ce que nous faisons ici avec les patients. Nous ne disons pas: «Que vous pensiez que je devrais vous accorder plus d'argent ne m'importe pas, docteur Untel.» On aurait plutôt intérêt à poser la question suivante: «Que proposez-vous pour améliorer la santé des patients?»

En ce qui concerne l'espérance de vie au Canada, il y a de bonnes et de mauvaises nouvelles. Au Canada, l'espérance de vie est très longue, chez les hommes aussi bien que chez les femmes. Le Japon nous devance, mais nous sommes parmi les pays qui viennent au premier rang dans ce domaine, ce qui nous fait très bien paraître. Notre système de soins de santé est des plus efficace. Quoique nous fassions, nous le faisons très bien.

Les États-Unis ne se sortent pas aussi bien d'affaire, ce qui n'est peut-être pas aussi encourageant. Nous avons peut-être une idée des causes de cette situation. Cependant, la situation est plus inexplicable lorsqu'on se tourne vers Cuba ou le Costa Rica. Pourquoi les résultats que nous obtenons sont-ils à peine supérieurs à ceux du Costa Rica? Il est certain que nous dépensons plus d'argent par patient. À mon avis, c'est parce que notre mode d'allocation des ressources est terriblement mauvais. Lorsque certaines personnes laissent entendre qu'il ne suffit pas d'investir davantage, espérons que personne n'aura l'idée d'aller chercher des données du Costa Rica, parce que, dans ce cas, nous aurons beaucoup de mal à nous justifier.

Ces genres de programmes donnent des résultats. Ce que vous avez maintenant sous les yeux est une publicité californienne. On la voit sur des panneaux-réclame aux quatre coins de l'État, où le taux de tabagisme s'établit aujourd'hui à environ 16 p. 100. Or c'est en recourant aux mesures que j'ai décrites que la Californie est parvenue à ce résultat. Elle utilise une taxe spéciale, soit une petite somme d'argent, et la consacre expressément à des programmes de prévention et d'intervention précoce. Comme résultat tangible, on a ainsi obtenu un ralentissement de la montée du tabagisme.

La diapositive qui suit porte sur le respect des ordonnances. Quel que soit le médicament, vous constaterez de terribles taux d'abandon des médicaments.

Le graphique concerne les hypocholestérolémiants. Ce sont des données d'excellente qualité qui nous viennent de la Saskatchewan. On s'y intéresse à l'utilisation des hypocholestérolémiants sur une période de deux ans. On doit prendre ces médicaments pour une période d'environ 18 mois à deux ans avant d'en tirer des avantages cliniques. Prenons 100 patients qui commencent à utiliser le médicament. Après 800 jours, on obtient le taux illustré ici. Essentiellement, seulement un patient sur 10 continue de prendre le médicament. Vous vous direz peut-être: «D'accord, mais ce ne sont que des hypocholestérolémiants.» Je vous soumetts que le problème ne concerne pas que les hypocholestérolémiants. Il y a des livres à ce sujet. On observe de graves problèmes de conformité avec tous les médicaments destinés au soin des maladies chroniques.

When we go back to unit costs, you see that these people in here are unprotected. They have high cholesterol and they are not protected against it. They wind up in our hospitals, clogging up the arteries of our hallways because they did not get adequate protection. Their unit costs are astronomically high when they do not need to be. All we needed there was a good patient support program to ensure that they were taking their medication properly.

This next figure is one for which we are rather well known. It shows that the Canadian economy is losing \$7 billion to \$9 billion per year because of non-compliance. That is worth more than medications combined.

**The Chairman:** Can you explain non-compliance?

**Dr. Coombs:** It means not taking enough of the medication or discontinuing early. You might dribble along or stop completely. You might take it intermittently or have "drug holidays." You might be prescribed two medications. Do you remember the Aspirin-type drugs which are very good for pain control but which irritate the stomach? You might be prescribed two drugs, one for pain and another for stomach irritation, yet you only take one of them.

Non-compliance can be a problem there.

You are also non-compliant if you are overusing opioids, and you can be overusing your angina drugs. That is what is meant by non-compliance.

We would be glad to send you a copy of the book. The point is it is very expensive for our system if we do not control these types of unit costs.

Let us take the example of 100 people who are diagnosed with hypertension. Of those 100 people, how many of them have it under control? Remember that there are approximately 4.1 million Canadians with hypertension. Take a sample of 100 and see how many are in control. What would your guess be?

**Senator LeBreton:** Twenty per cent.

**Dr. Coombs:** The number is 16 per cent. Eighty-four per cent of the people who should be in control are not. They are undiagnosed and not presenting.

Cardiologists will tell you the number is 24 per cent because they only see about half the patients that are detected. What happens to that 86 per cent? They clog up the hospitals, they suffer, and they die. They are expensive to the health care system and they suffer unnecessarily. We need to look at that type of expenditure because the cost benefit is far better than for heart transplants.

Pour ce qui est des coûts unitaires, vous constaterez que les personnes représentées ici ne bénéficient d'aucune protection. Elles ont un taux de cholestérol élevé, mais sont sans défense face au problème. Elles se retrouvent dans les hôpitaux, où elles obstruent les artères des corridors, faute d'une protection suffisante. On a alors affaire à des coûts unitaires aux proportions astronomiques, alors qu'il aurait pu en être autrement. Nous n'aurions eu besoin que d'un bon programme de soutien des patients pour veiller à ce que les intéressés prennent leurs médicaments correctement.

La prochaine donnée a trait à un problème pour lequel nous sommes relativement bien connus. Il indique que l'économie perd de sept à neuf milliards de dollars par année en raison de la non-conformité. C'est plus que le coût de tous les médicaments combiné.

**Le président:** Pouvez-vous dire ce que vous entendez par «non-conformité»?

**Le Dr Coombs:** C'est ainsi qu'on désigne le fait de ne pas prendre assez de médicaments ou d'interrompre le traitement de façon précoce. Les gens en prennent de temps en temps ou cessent carrément le traitement. Certains en prennent de façon intermittente ou s'octroient des «congé de médicaments». Il arrive qu'on vous prescrive deux médicaments. Vous vous souvenez des médicaments comme l'Aspirine qui constituent de très bons analgésiques mais qui irritent l'estomac? Il arrive qu'on vous prescrive deux médicaments, un pour la douleur et l'autre pour les irritations de l'estomac, et pourtant vous ne prenez que l'un des deux.

Dans un tel cas, la non-conformité peut présenter un problème.

Vous vous trouvez également en situation de non-conformité si vous faites un usage abusif des opiacés ou des médicaments pour l'angine. C'est ce qu'on veut dire par «non-conformité».

Nous nous ferons un plaisir de vous faire parvenir un exemplaire du livre. Le non-contrôle de ce type de coûts unitaires est très coûteux pour notre système.

Prenons le cas de 100 personnes chez qui on a diagnostiqué un problème d'hypertension. Chez combien de ces 100 personnes le problème est-il maîtrisé? N'oubliez pas qu'environ 4,1 millions de Canadiens souffrent d'hypertension. Maintenant, prélevez un échantillon de 100 d'entre eux et établissez le pourcentage de ceux chez qui le problème est maîtrisé. Combien diriez-vous?

**Le sénateur LeBreton:** 20 p. 100.

**Le Dr Coombs:** En fait, c'est 16 p. 100. Le problème n'est pas maîtrisé pour 84 p. 100 des personnes pour qui il devrait l'être. Chez ces personnes, le problème n'est pas diagnostiqué, ou encore elles ne présentent aucun symptôme.

Les cardiologues vous diront que le chiffre est de 24 p. 100 parce qu'ils ne voient qu'environ la moitié des patients chez qui le problème est décelé. Qu'arrive-t-il aux 86 p. 100? Ils engorgent les hôpitaux, souffrent et meurent. Ils coûtent cher au système de soins de santé et souffrent inutilement. Nous devons examiner ce type de dépenses parce que le rapport coûts-avantages du traitement est nettement plus favorable que celui des transplantations cardiaques.



That completes my presentation.

**The Chairman:** Thank you.

Next we have Dr. Jeff Poston, the President of the Canadian Association of Pharmacists.

**Dr. Jeff Poston, Executive Director, Canadian Pharmacists Association:** I would like to make a correction. I am the executive director of the Canadian Pharmacists Association. Our president is Garry King. He works in a hospital pharmacy.

**The Chairman:** I do not know if that is a promotion or a demotion.

**Dr. Poston:** It is a demotion.

I would like to thank you and the committee members for the opportunity to talk to you today about the provision, cost, and utilization of drugs. The Canadian Pharmacists Association is the national professional volunteer association providing leadership to pharmacists in all areas of practice. Our members are active in community and hospital pharmacies and in academia and the pharmaceutical industry.

Pharmacists are the most easily accessible health care providers in Canada. We are on every main street, in every hospital, and many pharmacies are open for extended hours in order to better serve their communities. Pharmacists have at least five years of university education and some of the most stringent requirements amongst the health care professionals for the maintenance of professional competency after licensure. We are well integrated into our communities, and successive consumer surveys indicate that the public is very happy with us.

Pharmacists make substantial contributions to primary health care every day by fixing patients' drug-related problems, improving patient compliance — the problem identified in the earlier presentation — managing minor illnesses, and promoting good health. However, it is also a fact that the knowledge and skills of pharmacists are underutilized, and this is part of our discussion today.

There is one caveat I would like to apply to all current debates on health care. Like many health care professions, we are facing a critical shortage. Already, we are seeing pharmacies close in rural areas. Without resolution of this issue, moving forward to improved patient care will be extremely difficult.

I want to focus on three issues. We have spent a great deal of time in the past 10 years examining these issues in detail. These are, the escalating expenditure on drugs, the promotion of optimal drug therapy and drug use, and the problems created by inadequate access to drug benefits.

Voilà qui conclut mon exposé.

**Le président:** Je vous remercie.

Nous allons maintenant le Dr Jeff Poston, président de l'Association canadienne des pharmaciens.

**Le Dr Jeff Poston, directeur général, Association des pharmaciens du Canada:** J'aimerais tout d'abord apporter une correction. Je suis le directeur général de l'Association des pharmaciens du Canada. Notre président se nomme Gary King. Il travaille dans une pharmacie hospitalière.

**Le président:** J'ignore s'il s'agit d'une promotion ou d'une rétrogradation.

**Le Dr Poston:** C'est une rétrogradation.

Je tiens à remercier les membres du comité et vous-même de l'occasion que vous nous donnez de parler aujourd'hui de la vente, du coût et de l'utilisation des médicaments. L'Association des pharmaciens du Canada est l'association professionnelle nationale composée de bénévoles qui représente les pharmaciens dans toutes les sphères d'activités. Nos membres travaillent dans des pharmacies communautaires, des pharmacies hospitalières, l'industrie pharmaceutique ou effectuent de la recherche.

Les pharmaciens sont les fournisseurs de soins de santé les plus faciles d'accès au Canada. Nous sommes présents sur toutes les rues principales et dans tous les hôpitaux. Par ailleurs, de nombreuses pharmacies sont ouvertes pendant des heures prolongées pour assurer un meilleur service aux collectivités. Les pharmaciens, qui ont à leur compte au moins cinq années d'études universitaires, doivent, après avoir leur permis d'exercice, répondre à certaines des conditions les plus rigoureuses imposées aux professionnels de la santé pour l'actualisation de leurs compétences professionnelles. Nous sommes bien intégrés dans nos collectivités, et des enquêtes successives menées auprès de consommateurs indiquent que le public est très satisfait de nous.

Jour après jour, les pharmaciens apportent une contribution considérable aux soins primaires en réglant les problèmes liés aux médicaments qu'éprouvent les patients, en contribuant à la conformité des patients — le problème défini dans le témoignage précédent —, en traitant des maladies mineures et en faisant la promotion de la santé. Cependant, il est admis que les connaissances et les compétences des pharmaciens sont sous-utilisées, problème qui s'inscrit dans le cadre de notre discussion d'aujourd'hui.

Il y a une mise en garde que je tiens à faire concernant tout le débat actuel sur les soins de santé. Comme bon nombre de professionnels de la santé, nous faisons face à une pénurie critique. Déjà, nous assistons à la fermeture de pharmacies dans des régions rurales. Si le problème n'est pas réglé, il sera extrêmement difficile d'améliorer les soins aux patients.

Je tiens à mettre l'accent sur trois questions. Au cours des dix dernières années, nous avons consacré beaucoup de temps à l'examen détaillé de ces questions. Il s'agit de l'augmentation vertigineuse des dépenses liées aux médicaments, de la promotion de l'utilisation optimale des médicaments et des meilleurs traitements possibles et, enfin, des problèmes imputables à un accès insuffisant aux avantages découlant des médicaments.



Much of our brief is based on the discussion document we sent to you earlier entitled, "Building Pharmacare: Expanding the Health Care Contract with Canadians," in which we examined the challenges that must be met to create a national pharmacare plan.

We have been actively involved as an association in seeking a better understanding of the escalation in drug expenditures and have worked to find ways to ensure cost-effectiveness and value for money from drug plans.

I will give you a few pertinent statistics. In the early 1990s, we saw double digit percentage increases in drug expenditures in public drug plans, much greater than the rate of inflation. Provincial governments introduced a variety of cost control measures, with some success. By the mid 1990s, increases were down into the lower single digits. However, now we find at the beginning of the 2000s that we are back into double digits, with 12 per cent growth in drug expenditures estimated for 2000.

One of the consequences of the changes that took place in the 1990s was that the public plans shifted costs to either the pockets of Canadian consumers or to private insurance or private employers.

One way that private insurers sought to control costs was to cap pharmacists' fees. Needless to say, we became even more interested in the issue and formed the National Pharmacy Coalition on Managed Care to work constructively with the private sector to develop strategies to manage costs.

A further consequence of drug cost control was an increasing administrative burden on pharmacists. This added an average of \$28,000 per pharmacy to the cost of filling prescriptions in 1997.

At the same time as we saw these changes taking place in public and private sector drug plans, evidence was accumulating on the inappropriate prescribing and use of medicines. Estimates for patient non-compliance with prescribed regimens and early discontinuance of medications for chronic conditions have been as high as 50 per cent. Some studies, like Dr. Coombs', have shown even higher levels.

Fortunately, evidence has also been growing of the contribution that pharmacists can make to improving value for money in drug use. While drug use management strategies such as trial prescription programs can save money, the greatest improvement in value for money comes when pharmacists sit down with patients and critically review their therapy.

In a recent study in Ontario, pharmacists reviewed the medications of elderly patients who were receiving five drugs or more. Eighty-eight per cent of those patients had, on average,

Une bonne partie de notre mémoire porte sur le document de travail que nous vous avons fait parvenir un peu plus tôt, soit «Un régime national d'assurance-médicaments: le complément naturel du système de santé canadien», dans lequel nous nous penchons sur les défis que nous devons relever pour mettre au point un régime national d'assurance-médicaments.

Notre association a cherché activement à mieux comprendre le phénomène de l'augmentation en flèche des dépenses liées aux médicaments et s'est employée à trouver des moyens d'assurer l'efficience et l'optimisation de tels régimes.

Je vais vous présenter quelques statistiques pertinentes. Au début des années 90, nous avons observé des augmentations des dépenses liées aux médicaments supérieures à 10 p. 100, soit nettement plus que le taux d'inflation. Les gouvernements provinciaux ont pris diverses mesures de contrôle des prix, non sans un certain succès. Au milieu des années 90, ils ont réussi à ramener les augmentations sous la barre des 10 p. 100. Au début des années 2000, les augmentations supérieures à 10 p. 100 sont toutefois de retour. Pour l'an 2000, en effet, l'on prévoit une croissance de 12 p. 100 des dépenses affectées aux médicaments.

Les changements qui se sont produits dans les années 90 ont eu un certain nombre de conséquences, en particulier le fait que les régimes publics ont passé des coûts aux consommateurs canadiens ou encore aux assureurs et aux employeurs privés.

Le plafonnement des honoraires des pharmaciens est l'un des moyens que les assureurs privés ont trouvé pour maîtriser les coûts. Inutile de le dire, nous nous sommes dès lors intéressés d'encore plus près à cette question et avons créé la Coalition de la pharmacie canadienne sur l'assurance-médicaments pour collaborer de façon constructive avec le secteur privé à la recherche de stratégies de gestion des coûts.

Le contrôle du coût des médicaments a également eu pour conséquence l'augmentation du fardeau administratif assumé par les pharmaciens. Ainsi, le coût de l'exécution des ordonnances a, en 1997, augmenté en moyenne de 28 000 \$ par pharmacie.

Pendant que nous étions témoins de cette transformation des régimes d'assurance-médicaments des secteurs privé et public, des données se sont accumulées sur la prescription et l'utilisation inappropriée des médicaments. On a estimé jusqu'à 50 p. 100 la proportion des patients qui ne se conforment pas aux schémas posologiques ou qui cessent prématurément de prendre les médicaments qui leur ont été prescrits pour des maladies chroniques. Certaines études comme celle du Dr Coombs font état de niveaux encore plus élevés.

Heureusement, on a également de plus en plus de preuves de la contribution que les pharmaciens peuvent apporter pour optimiser l'utilisation des médicaments. Si des stratégies de gestion de l'utilisation des médicaments comme les programmes de pharmacothérapie initiale peuvent permettre de réaliser des économies, c'est lorsque les pharmaciens prennent le temps de s'asseoir avec les patients pour examiner leur traitement d'un oeil critique qu'on obtient l'amélioration la plus grande.

Dans une étude menée récemment en Ontario, des pharmaciens ont passé en revue les médicaments pris par des aînés à qui on avait prescrit cinq médicaments ou plus. Chez 88 p. 100 de ces

3.23 drug-related problems. The pharmacist informed the physician taking care of the patient about these problems, and in 69 per cent of cases, the physician accepted recommendations from the pharmacist to make changes.

Given the changes to the drug plans that I mentioned earlier, there has been growing concern about patient access in Canada to basic drug therapy.

Two-tier health care is alive and well. First estimates vary, but approximately 3 million Canadians have no drug coverage, and probably another 3 million or more have inadequate drug coverage because of the high deductibles and copayments that were introduced in many public plans in the 1990s.

The recent paper evaluating the effects of cost-sharing in Quebec by Tamblyn and others saw patients going without essential drugs, making more visits to the ER, and suffering more adverse events as a result.

Given this picture, clearly something needs to be done. To provide leadership in the call for a national pharmacare program, we formed the national Canadian Pharmacy Coalition on Pharmacare that produced the document that I mentioned earlier.

We see the need for a national pharmacare program and believe that it needs to be built on four cornerstones. First, we need a set of guiding goals and principles. We believe these should be based on the principles of the Canada Health Act, but that three new principles need to be added. Those three are affordability, effectiveness, and efficiency.

The second cornerstone is the need for the active involvement of key stakeholders. Problems in drug use are not created by one group, and they are not going to be solved by one group. We need to bring in patients, all health care providers, and the private sector.

Pharmacists are currently underutilized, and have the potential to play a far greater role in primary health care, relieving the pressure in other areas. We already see community and hospital pharmacists doing this, and a recent good example is the granting of prescribing authority to trained pharmacists in British Columbia to deliver emergency hormonal contraception, making it more easily available to women when needed.

The third, and perhaps most important, cornerstone for a national pharmacare program is government leadership. Federal and provincial governments must develop the political will to tackle change. Sustainable funding must be put in place, and civil servants must develop efficient and cost-effective administration.

patients, on a détecté, en moyenne 3,23 problèmes liés aux médicaments. Le pharmacien a informé le médecin traitant du patient des problèmes. Dans 69 p. 100 des cas, le médecin a accepté les modifications recommandées par le pharmacien.

Au vu des modifications des régimes d'assurance-médicaments auxquelles j'ai fait allusion plus tôt, les préoccupations relatives à l'accès des patients canadiens à la pharmacothérapie de base se sont fait de plus en plus pressantes.

Les soins de santé à deux vitesses sont bel et bien une réalité. Les premières estimations varient, mais environ trois millions de Canadiens n'ont aucune assurance-médicaments, et il est probable que l'assurance dont bénéficie une autre tranche de 3 millions ou plus d'entre eux est inadéquate, en raison des franchises et des quotes-parts élevées qui ont été introduites dans de nombreux régimes publics dans les années 90.

Dans un article récent évaluant les effets du partage des coûts au Québec réalisé par Tamblyn et ses collaborateurs, on a constaté que les patients se passent des médicaments essentiels, effectuent des visites plus fréquentes à la salle d'urgence et souffrent en conséquence de maux plus aigus.

Dans ce contexte, il est clair qu'on doit faire quelque chose. Afin d'être à l'avant-garde de l'appel lancé en faveur d'un régime national d'assurance-médicaments, nous avons formé la Coalition de la pharmacie canadienne sur l'assurance-médicaments, qui a produit le document auquel j'ai fait allusion plus tôt.

Ayant constaté la nécessité d'un régime national d'assurance-médicaments, nous pensons qu'il doit être érigé sur quatre fondements. Premièrement, nous avons besoin d'un ensemble d'objectifs et de principes directeurs. Nous croyons que ces principes devraient être fondés sur ceux de la Loi canadienne sur la santé, mais que trois nouveaux principes doivent y être ajoutés, nommément l'abordabilité, l'efficacité et l'efficience.

La participation active des principaux intervenants est le deuxième fondement. On ne peut imputer à un seul groupe la responsabilité des problèmes liés à l'utilisation des médicaments, et ce n'est pas non plus un seul groupe qui pourra les régler. Nous devons compter sur l'apport des patients, de tous les fournisseurs de soins de santé de même que du secteur privé.

À l'heure actuelle, les pharmaciens, qui sont sous-utilisés, pourraient jouer un rôle beaucoup plus grand dans la prestation des soins primaires, ce qui aurait pour effet d'alléger les pressions qui s'exercent dans d'autres secteurs. Des pharmaciens communautaires et hospitaliers ont déjà joué ce rôle. À titre d'exemple récent précieux, citons l'autorisation qu'on a donnée aux pharmaciens de la Colombie-Britannique de prescrire des contraceptifs hormonaux d'urgence, lesquels sont désormais plus faciles d'accès quand les femmes en ont besoin.

Le troisième et peut-être le plus important des fondements d'un programme national d'assurance-médicaments est le leadership gouvernemental. Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent avoir la volonté politique de s'attaquer au changement. On doit assurer un financement viable, et les fonctionnaires doivent assurer une administration efficace et rentable.



The duplication of effort that goes into producing 10 or more different public drug plans in Canada should end.

The fourth cornerstone is funding and implementation. If cost-sharing is necessary, it should be minimal; it should not place an undue burden on patients. Projecting costs for a national pharmacare program is difficult, but the public and the private sectors need to come together to work on this issue. We have seen a bold policy development in Quebec. We need to examine their experience closely to see what we can learn from it.

We believe that a stepped approach is the way to go, with benefits going first to those most in need. We have six recommendations today, in addition to those in our discussion document, that we would direct to provincial and federal governments.

The first step is to finance research that critically evaluates the quality of drug use. There has been a strong focus on drug costs, but little on the quality of drug use. It is through improving the quality of drug use that true savings will be found, both in costs and human life. Evaluation research should focus on the value of interventions developed to improve the quality of drug use.

Our second recommendation is that, as provinces develop primary health care reform, they should look at ways to integrate pharmacists into the proposed models for primary health care delivery. Such models should be designed to make maximum use of the consultative services pharmacists can provide to optimize drug therapy.

A related recommendation is that pharmacists be paid for the consultative services that they provide. There is a need to disconnect reimbursement from the provision of a product.

Moving to some of the specifics on pharmacare, we would first like to see some tangible evidence of action on the commitment to pharmaceutical management that was made in the first ministers' communique on health issued in September. We would like to see this take the form of a detailed plan to harmonize provincial drug plans and reduce the duplication of activity in administering public plans.

We believe that it is important that the public sector and the private sector start talking to each other, and that the consultation process needs to go on to identify approaches to integrating public and private sector drug benefit plans.

Our final recommendation is to start work urgently on a national pharmacare plan, and in addition to the two previous recommendations, take a first step by ensuring that adequate coverage is provided to individuals currently without insurance,

On devrait mettre un terme au dédoublement des efforts imputable à l'établissement de dix régimes publics d'assurance-médicaments ou plus.

Le quatrième fondement a trait au financement et à la mise en œuvre. S'il est nécessaire, le partage des coûts devrait être minimal. Il ne devrait pas avoir pour effet de faire porter un fardeau indu aux patients. Il est difficile de projeter les coûts d'un programme national d'assurance-médicaments, mais les secteurs public et privé doivent s'attaquer de concert à cette question. Au Québec, nous avons été témoins d'une audacieuse avancée stratégique. Nous devons examiner leur expérience de près pour établir les leçons qu'on peut en tirer.

Nous croyons que la meilleure solution consiste à procéder par étapes, les avantages allant d'abord à ceux qui en ont le plus besoin. Aujourd'hui, nous aimerions formuler aux gouvernements fédéral et provinciaux six recommandations qui s'ajoutent à celles qui figurent déjà dans notre document de travail.

La première étape consiste à financer la recherche qui évalue d'un oeil critique la qualité de l'utilisation des médicaments. On a beaucoup insisté sur les coûts des médicaments, sans s'intéresser de près à la qualité de l'utilisation des médicaments. C'est grâce à une meilleure qualité de l'utilisation des médicaments que nous pourrions réaliser de véritables économies, du point de vue des coûts et des vies humaines. Les évaluations devraient mettre l'accent sur la valeur des interventions mises au point pour améliorer la qualité de l'utilisation des médicaments.

Nous recommandons aux provinces, au moment où elles s'apprentent à réformer leurs soins primaires, d'examiner des moyens d'intégrer les pharmaciens aux modèles proposés de prestations des soins primaires. De tels modèles devraient être conçus de manière à assurer une utilisation maximale des services consultatifs que les pharmaciens sont en mesure d'offrir pour assurer l'optimisation des pharmacothérapies.

Dans un même ordre d'idées, on recommande que les pharmaciens soient rémunérés pour les services de consultation qu'ils assurent. On doit dissocier le remboursement de la vente d'un produit.

En ce qui a trait aux détails du régime d'assurance-médicaments, nous aimerions d'abord avoir certaines preuves tangibles de mesures prises en rapport avec l'engagement lié à la gestion pharmaceutique que les premiers ministres ont pris dans le communiqué sur la santé publié en septembre. À cet égard, nous préconisons l'adoption d'un plan détaillé d'harmonisation des régimes provinciaux d'assurance-médicaments et des réductions des dédoublements d'activités dans l'administration des régimes publics.

Nous croyons qu'il est important que les secteurs public et privé commencent à se parler. Par ailleurs, on devrait enclencher le processus de consultation visant à définir des approches de l'intégration des régimes d'assurance-médicaments des secteurs public et privé.

Notre recommandation finale, c'est qu'il est grand temps qu'on s'attaque à l'établissement d'un régime national d'assurance-médicaments et que, dans le contexte des deux recommandations précédentes, on franchisse une première étape



particularly low income families, children, people between jobs, and the less well-off self-employed.

Finally, two strong drivers that will make all this necessary are an aging population, the rapid advances being made in treatments such as gene therapy, and the emergence of pharmacogenomics. This science is fascinating, and in some ways, frightening. We see significant increases in both the sophistication and cost of treatment. Major debates will need to take place on the ethical and moral dilemmas that some of these therapies may pose.

One thing is certain. Genetic research will mean that the economic model that has underpinned the pharmaceutical industry in the 20th century is very likely to change in the 21st century.

**The Chairman:** Thank you.

**Dr. Roger A. Korman, President, IMS Health, Canada:** Since I have appeared before this committee previously and have spoken about IMS, I will assume that you know our credentials.

**The Chairman:** We have had the advertising before, so we are happy to go right to the substance.

**Dr. Korman:** You pose a very serious question, which is why are drug costs increasing? Clearly, no one has the definitive information.

I will present two main bodies of thought. The first is that we need consistent and continuous evaluation. Second, we can suggest some of the reasons for the variations in utilization, but it is clear that more research needs to be done.

As for continuous evaluation, any organic body requires feedback, whether it is an organism, an organization, or society, and what plagues us, as mentioned by the previous speakers, is simply a lack of feedback as to what is happening. As a result, this society cannot maintain its equilibrium with respect to drug funding or any other health care intervention.

In order to maintain equilibrium, we need a continuous process of evaluation that looks at not only disease, but also interventions, and finally, the population itself. We can summarize those along three dimensions: disease, treatment, and outcomes. Until we can continuously collect that information and then feed it back into the system, disseminate the results, and educate the practitioners as well as the policymakers, we will not have an understanding of health outcomes. In effect, we are driving down a highway without any idea of where it leads, and without clear indications as to how much fuel we have in the tank, how fast we are going, or in which direction we are headed.

en assurant une protection suffisante aux personnes qui ne sont actuellement pas assurées, en particulier les familles à faible revenu, les enfants, les personnes entre deux emplois et les travailleurs autonomes moins bien nantis.

Parmi les principaux éléments de coûts qui exigent la prise de toutes ces mesures, citons le vieillissement de la population, les percées rapides réalisées dans certains types de traitement, par exemple la thérapie génique, et l'émergence de la pharmacogénomique. Cette science est fascinante et, à certains égards, effrayante. Nous sommes témoins d'augmentations considérables du point de vue du raffinement et du coût des traitements. On devra tenir de grands débats sur les dilemmes éthiques et moraux que soulèvent certaines de ces thérapies.

Une chose est sûre: le modèle économique qui a soutenu l'industrie pharmaceutique tout au long du XX<sup>e</sup> siècle se transformera très vraisemblablement au XXI<sup>e</sup> siècle sous la pression de la recherche en génétique.

**Le président:** Je vous remercie.

**Le Dr Roger A. Korman, président, IMS Health, Canada:** Comme j'ai déjà comparu devant le comité et que j'ai présenté IMS, je tiendrai pour acquis que vous connaissez nos antécédents.

**Le président:** Nous avons déjà reçu la publicité. Nous vous saurions donc gré d'aller droit au but.

**Le Dr Korman:** La question que vous posez, c'est-à-dire pourquoi le coût des médicaments augmente-t-il? est très grave. De toute évidence, il n'y a pas d'information définitive.

Je vais maintenant faire porter mes commentaires sur deux axes de réflexion. Le premier, c'est que nous avons besoin d'une évaluation uniforme et continue. Deuxièmement, nous pouvons proposer certaines explications pour les écarts observés dans l'utilisation; mais il est certain qu'on devra réaliser plus de recherche.

En ce qui concerne l'évaluation continue, tout corps organique, qu'il s'agisse d'un organisme, d'une organisation ou d'une société, a besoin de rétroaction. Or, ce qui nous fait défaut, comme l'ont mentionné les témoins précédents, c'est tout simplement des rétroactions sur la situation actuelle. Ainsi, la société ne peut maintenir l'équilibre en ce qui a trait au financement ou à toute autre intervention dans le domaine des soins de santé.

Pour maintenir l'équilibre, nous devons nous doter d'un mécanisme d'évaluation qui porte non seulement sur la maladie, mais aussi sur les interventions et, enfin, la population elle-même. Nous pouvons regrouper ces éléments en trois dimensions: la maladie, le traitement et les résultats. Tant et aussi longtemps que nous ne colligerons pas de tels renseignements pour ensuite les réintroduire dans le système, diffuser les résultats et éduquer les praticiens aussi bien que les décideurs, nous ne serons pas en mesure de comprendre les résultats pour la santé. En effet, nous nous sommes engagés sur une route sans savoir où elle mène et sans avoir une idée claire de la quantité de carburant que contient le réservoir, de la vitesse à laquelle nous roulons ni de la direction dans laquelle nous allons.

To now relate the question to the three dimensions of the Canada Health Care Act, we can look at the increase in costs with respect to universal access, the quality of care, and the impact on the economic dimension.

The total cost of use of drugs is now documented. However, we cannot definitively answer the question of whether it is too much or too little. We can answer the question, more or less, but we cannot answer the question, is this better health?

The variation with respect to the utilization of various therapies is dramatic, as you can see from this slide. However, when we look at the question of universal access, we quickly see that there is significant variation with respect to the utilization of various therapies across the country. In particular, we focused on two kinds of therapy in this presentation, the use of benzodiazepines and the use of Ritalin for attention deficit disorder. We see noticeably dramatic differences across Canada which cannot be explained by variations in population distributions.

The variation with respect to benzodiazepine utilization across the country is greater than a factor of 2.

With this information from the small-area analysis, and looking at the province of Alberta, we can see distinct geographic variations, north to south. When we look within small areas, for example in Calgary — and we have done this in many metropolitan areas — we can see the benzodiazepine utilization can vary from as low as less than 1 per cent to in excess of 8 per cent in some of the inner-city areas in Halifax.

We know that there is a significant variation in the utilization of pharmaceuticals that does not correlate to population distribution.

**Senator Morin:** Does that have anything to do with the economic status of the regions?

**Dr. Korman:** We have noticed a correlation between the use of benzodiazepine and socio-economic status. It is higher in lower socio-economic status areas. That may correlate to lack of access by those populations to other forms of psychotherapy intervention, and so the alternative is drug therapy. Again, we can observe correlations, but we do not understand the causal chain here.

Looking at the use of methylphenidate, which is known as Ritalin popularly, used in the treatment of attention deficit disorder, in the provinces of Quebec and Ontario, there is a wide seasonal variation corresponding with the school year. We cannot explain why, for example, there is a 63 per cent drop-off in utilization during the summer in Quebec, as opposed to a 32 per cent drop-off in Ontario. Is that because children in Quebec are healthier, or are physicians in Quebec more responsive to changes in the children?

Pour situer la question dans le contexte des trois dimensions de la Loi canadienne sur la santé, nous pouvons examiner l'augmentation des coûts du point de vue de l'accès universel, de la qualité des soins et de l'impact sur la dimension économique.

Le coût total de l'utilisation des médicaments est aujourd'hui documenté. Cependant, nous ne sommes pas en mesure de répondre de façon définitive à la question de savoir si ces dépenses sont trop importantes ou si elles ne le sont pas assez. Nous pouvons plus ou moins répondre à cette question, mais nous ne sommes pas en mesure de répondre à la suivante: l'état de santé des Canadiens est-il meilleur?

L'écart observé dans l'utilisation de diverses thérapies est spectaculaire, comme le montre la présente diapositive. Lorsqu'on examine la question de l'accès universel, on constate toutefois rapidement l'existence d'écarts marqués dans l'utilisation de diverses thérapies au pays. En particulier, nous avons, dans le cadre du présent exposé, mis l'accent sur deux types de thérapies, c'est-à-dire l'utilisation des benzodiazépines et celle du Ritalin pour combattre le trouble déficitaire de l'attention. Au Canada, on note des écarts particulièrement spectaculaires que la seule répartition des populations ne peut expliquer.

L'écart observé dans l'utilisation des benzodiazépines au pays est supérieur à un facteur de deux.

Avec cette information provenant de l'analyse des petites régions, nous pouvons, à l'examen du cas de la province de l'Alberta, constater des écarts géographiques distincts, selon l'axe nord-sud. À l'étude de petites régions, par exemple à Calgary — et nous l'avons fait dans de nombreuses régions métropolitaines —, nous constatons que l'utilisation des benzodiazépines peut varier de moins de 1 p. 100 à plus de 8 p. 100 dans certains quartiers pauvres de Halifax.

Nous savons qu'il existe un écart considérable dans l'utilisation des produits pharmaceutiques, qui ne correspond pas à la répartition de la population.

**Le sénateur Morin:** Sait-on si le phénomène est lié au statut économique des régions?

**Le Dr Korman:** Nous avons noté une corrélation entre l'utilisation des benzodiazépines et le statut socio-économique. Le taux d'utilisation est plus élevé dans les régions au statut socio-économique faible. Le phénomène s'explique peut-être par l'accès réduit de ces populations à d'autres formes de psychothérapies, la pharmacothérapie devenant dans de tels cas la seule solution de rechange. De plus, nous pouvons constater des corrélations, mais nous ne comprenons pas l'enchaînement causal.

En ce qui concerne l'utilisation du méthylphénidate, communément connu sous le nom de Ritalin, pour le traitement des troubles déficitaires de l'attention au Québec et en Ontario, on constate des écarts saisonniers importants correspondant à l'année scolaire. À titre d'exemple, nous ne savons pas pourquoi le taux d'abandon est de 63 p. 100 au Québec pendant l'été, comparativement à 32 p. 100 en Ontario. Est-ce parce que les enfants québécois sont plus en santé ou parce que les médecins du Québec répondent aux changements observés chez les enfants?



**The Chairman:** The pattern is the same. The seasonal pattern is identical.

**Dr. Korman:** The seasonal pattern is identical, but the decrease in utilization during the summer months is much greater in one area than the other. Are there different schools of thought? Are there different sensitivities to the population? These are factors that can help us understand utilization.

Looking at other aspects of quality of care, other variations, and looking back to benzodiazepine utilization, there are significant differences with respect to both age and gender.

One statistic not presented here is that we have seen the use of benzodiazepines correlate more closely with the age of the physician than with the age of the patient. That is not surprising. Older physician use older drugs. Of the top 100 prescribers of benzodiazepines in Alberta, Quebec, and Ontario, 90 per cent graduated before 1981. This is another critical factor in the use of pharmaceuticals that points back to continuing medical education and the degree to which physicians are current with the latest therapies.

One dramatic statistic relating to the use of antibiotics, again looking at international comparisons, is that we show twice the utilization of antibiotics compared to Holland. There is a fascinating project in Alberta called "Do Bugs Need Drugs?" We find that when physicians are re-educated and given their own practice information, utilization can be decreased by some 13 per cent. Again, as previously mentioned, putting information back into the system and re-educating the practitioners certainly can impact how drugs are used.

**Senator Morin:** You do not have recent statistics on that, because I suspect it has dropped very much in Canada. There has been such a drive for physicians to use fewer antibiotics.

**Dr. Korman:** IMS data are current as of February this year. Indeed, we do see a decrease in use of antibiotics in the country. There certainly has been progress made.

**The Chairman:** We will have our researchers talk to you, Senator Morin, because I think it would be useful for our report to have more up-to-date data. That pattern is fascinating, but we will get the up-to-date data.

**Senator Morin:** I am sure it has dropped.

**Dr. Korman:** I am not exactly sure where I am with time, but I hope there is some allowance for questions.

**The Chairman:** Yes, there is lots of time.

**Le président:** Le schéma est le même. Le schéma saisonnier est identique.

**Le Dr Korman:** Le schéma saisonnier est identique, mais la réduction de l'utilisation pendant les mois d'été est beaucoup plus grande dans une région que dans l'autre. Y a-t-il différentes écoles de pensée? Les populations ont-elles des sensibilités différentes? Tels sont les facteurs qui peuvent nous aider à comprendre l'utilisation.

En ce qui concerne d'autres aspects de la qualité des soins, d'autres écarts et, une fois de plus, l'utilisation des benzodiazépines, on note des différences majeures liées à l'âge et au sexe.

Il y a une statistique qui n'est pas présentée ici. En fait, nous avons constaté que l'utilisation des benzodiazépines entretenait une corrélation plus forte avec l'âge du médecin qu'avec celui du patient. Cela n'est pas surprenant. Les médecins plus âgés utilisent des médicaments plus anciens. Parmi les 100 médecins qui prescrivent le plus de benzodiazépines en Alberta, au Québec et en Ontario, 90 p. 100 ont obtenu leur diplôme avant 1981. Il s'agit d'un autre facteur critique lié à l'utilisation des produits pharmaceutiques qui renvoie à la formation médicale permanente et à la mesure dans laquelle les médecins sont au courant des thérapies les plus récentes.

Si, une fois de plus, on se compare aux autres pays, on constate — autre statistique spectaculaire relative à l'utilisation des antibiotiques — que nous consommons deux fois plus d'antibiotiques que la Hollande. En Alberta, il existe un projet fascinant appelé «Do Bugs Need Drugs?» (Les microbes ont-ils besoin de médicaments?) Quand les médecins sont rééduqués et confrontés à leur propre pratique, nous constatons que la diminution de l'utilisation peut se chiffrer à 13 p. 100. Comme on l'a déjà mentionné, le fait de réintroduire l'information dans le système et de rééduquer les praticiens peut à coup sûr avoir une incidence sur l'utilisation des médicaments.

**Le sénateur Morin:** Vous n'avez pas de statistiques récentes à ce sujet. En effet, j'ai l'impression que les taux d'utilisation ont beaucoup diminué au Canada. On a beaucoup insisté pour que les médecins recourent moins fréquemment aux antibiotiques.

**Le Dr Korman:** Les données d'IMS datent de février de cette année. En fait, nous constatons au pays une diminution de l'utilisation des antibiotiques. Il est certain que des progrès ont été réalisés en ce sens.

**Le président:** Nous allons demander à nos chercheurs de vous parler, sénateur Morin, parce que je crois qu'il serait utile aux fins de notre rapport que nous missions sur des données plus à jour. Le schéma est fascinant, mais nous allons obtenir des données à jour.

**Le sénateur Morin:** Je suis certain que le taux d'utilisation a diminué.

**Le Dr Korman:** Je ne sais plus très bien où j'en suis, mais j'espère que nous aurons encore du temps pour les questions.

**Le président:** Oui, nous avons beaucoup de temps.

**Dr. Korman:** Again, looking at Ritalin, we see a dramatic pattern difference between ourselves and the United States. We are both on the same continent. The physicians are attending the same conferences and reading the same material. Is that to say we are doing a better job of treating attention deficit disorder than practitioners in the United States? It is difficult to know, but there is a dramatically different pattern.

Moving ahead quickly in the interests of time, and looking at variations within physician specialty, two-thirds of the diagnoses of attention deficit disorder are made by psychiatrists in this country, but they only account for one-third of the actual drug recommendations. There is clearly a difference in how different specialties view and use pharmaceutical care.

We know that information at the physician level is highly significant in evaluating patterns of care. There are approximately 17,000 physicians in Quebec. About 5,000 of them write prescriptions for methylphenidate, and 53 of them account for 25 per cent of those prescriptions. Another 131 account for the next 25 per cent, and 408 account for the next 25 per cent of all methylphenidate. Approximately 600 physicians in the province of Quebec account for 75 per cent of the utilization. That is a very striking pattern. If one wanted to alter or change that pattern, one need only address the practising patterns of a very small group.

One may say that there are all kinds of physicians in that analysis. We looked at the pattern of one group, paediatricians, and we noticed the same dramatic variations that beg to be explained by variations in the population. We see 33 of them accounting for one-third of all of the prescriptions written by paediatricians in the province.

There are very dramatic variations in pharmaceutical care and how drugs are viewed and used. The change in the global pattern of use has been observed, but again, do we know whether this is good care or bad care? It is very difficult to say with the available information.

We do know, as was pointed out, that as many as half of all patients do not take their drugs as prescribed. However, other research also shows that half of all patients who walk out of a physician's office do not understand the drug they were given, why they were given it, or how they were supposed to take it. They then go to a community pharmacy — and Dr. Poston spoke to the woes of community pharmacies. Pharmacists are underfunded, or struggle to be funded to provide any kind of consultative care, and the patient is again under-served. When Dr. Coombs presents statistics on compliance rates in the 10 to 15 to 20 per cent range, none of that should be surprising, based on current information.

**The Chairman:** Thank you.

**Le Dr Korman:** En ce qui concerne le Ritalin, nous constatons un écart spectaculaire entre les schémas d'utilisation au Canada et aux États-Unis. Les deux pays sont sur le même continent. Les médecins assistent aux mêmes conférences et lisent les mêmes documents. Doit-on en conclure que nous traitons mieux le trouble déficitaire de l'attention que les praticiens des États-Unis? Il est difficile de le dire, mais les différences entre les schémas d'utilisation n'en sont pas moins spectaculaires.

Compte tenu des écarts selon la spécialité des médecins et pour aller rapidement dans l'intérêt de gagner du temps, on constate que ce sont des psychiatres qui, au pays, sont responsables des deux tiers des diagnostics du trouble déficitaire de l'attention, mais qu'ils ne comptent que pour le tiers des ordonnances. De toute évidence, il existe une différence dans la perception et l'utilisation des soins pharmaceutiques selon les spécialités.

Nous savons que l'information au niveau des médecins revêt une très grande importance pour l'évaluation des schémas de soins. Au Québec, il y a environ 17 000 médecins. Environ 5 000 d'entre eux prescrivent du méthylphénidate, et 53 p. 100 d'entre eux sont responsables de 25 p. 100 du total des ordonnances. Une autre tranche de 131 d'entre eux comptent pour les 25 p.100 suivants, et une autre de 408, pour les 25 p. 100 suivants. Au Québec, on peut imputer à environ 600 médecins environ 75 p. 100 des utilisations du médicament. Il s'agit d'un schéma frappant. Pour modifier ce schéma, on n'a qu'à s'attaquer aux habitudes de pratique d'un très petit groupe de médecins.

On pourra dire que l'analyse porte sur toutes sortes de médecins. Nous avons étudié le schéma pour un groupe, soit les pédiatres, et constaté les mêmes écarts spectaculaires qu'on voudrait pouvoir expliquer par des fluctuations démographiques. Nous constatons que 33 p. 100 des pédiatres de la province sont responsables du tiers des ordonnances.

On constate des écarts des plus spectaculaires dans les soins pharmaceutiques de même que dans l'utilisation et la perception des médicaments. On a observé la transformation du schéma d'utilisation général, mais, une fois de plus, nous ignorons si les soins sont bons ou mauvais. Au vu de l'information dont nous disposons, il est très difficile de se prononcer.

Comme je l'ai indiqué, nous savons que jusqu'à la moitié des patients ne prennent pas leurs médicaments tels qu'ils ont été prescrits. Cependant, d'autres recherches montrent que la moitié des patients qui sortent du cabinet d'un médecin ne comprennent pas le médicament qui leur a été prescrit, pourquoi on l'a prescrit ni comment ils doivent le prendre. Ils se rendent alors dans une pharmacie communautaire — et le Dr Poston a évoqué les malheurs des pharmacies communautaires. Les pharmaciens sont sous-financés ou luttent pour recevoir le financement qui leur permettrait d'assurer des soins consultatifs, et le patient, une fois de plus, est mal servi. À la lumière des renseignements dont on dispose actuellement, personne ne devrait s'étonner d'entendre le Dr Coombs présenter des données faisant état de taux de conformité de l'ordre de 10 à 15 ou à 20 p. 100.

**Le président:** Je vous remercie.



**Ms Barbara Ouellet, Director Of Home Care and Pharmaceuticals, Health Care Directorate, Policy and Consultation Branch, Health Canada:** Thank you for inviting me today. I understood, from the request to Health Canada for me to attend today, that the specific focus was to discuss two recent, or perhaps not-so-recent documents that were produced, one entitled "Drug Prices and Cost Drivers, 1990-97" and the other "Drug Utilization in Canada." These were released in 1999 and initially produced from the federal-provincial point of view as a result of direction from the conference of deputy ministers.

I am aware you have received these reports, so I do not want to take too much time in summarizing the information within them, but I would say that pharmaceutical issues were identified as a priority area. A two-year collaborative work plan was the result. The documents that I mentioned were produced through the co-operative efforts of a federal-provincial-territorial committee known as the Pharmaceutical Issues Committee. Together with Mr. David Bougher from Alberta Health and Wellness, I currently co-chair this committee composed of drug plan managers from federal, provincial, and territorial drug benefit programs. We also have expertise and representation from the Patented Medicine Prices Review Board and the Canadian Institute for Health Information.

As I have said, my purpose today is to help summarize some of the conclusions of the two reports that I mentioned.

"Drug Prices and Cost Drivers" demonstrates the productivity of the collaborative efforts of the federal and provincial governments to actually perform research together and to analyze this critical health care issue.

The analysis of price and expenditure trends, price levels and cost drivers in the provinces of British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario and Nova Scotia was undertaken. The main findings resulting from the analysis were as follows: Over the seven-year period, 1990 to 1997, the six programs I mentioned saw an increase of 44 per cent in expenditures for prescription drugs from \$1.5 billion to \$2.2 billion.

One major component accounting for the 44 per cent increase in expenditures was the growth in utilization of existing drugs — existing drugs were those already in use in 1990, so any drugs after 1991 were considered new drugs for the purpose of the analysis.

The other key factor was the impact of the newer drugs, which were also more costly.

Another finding was that for single-supplier, non-patented drugs — these are not regulated by the PMPRB — there was a 13 per cent increase in expenditure in 1997. These were, on

**Mme Barbara Ouellet, directrice, Soins à domicile et produits pharmaceutiques, Direction générale des politiques et de la consultation, Santé Canada:** Merci de m'avoir invitée aujourd'hui. Comme vous avez demandé à Santé Canada que je compare aujourd'hui, je crois comprendre que la séance porte spécifiquement sur l'analyse de deux documents récents ou peut-être plus tout à fait aussi récents, le premier intitulé «Prix et générateurs de coûts des médicaments 1990-1997» et l'autre, «Utilisation des médicaments au Canada». Publiés en 1999, ces documents ont à l'origine été produits du point de vue fédéral-provincial, suivant la demande de la conférence des sous-ministres.

Je sais que vous avez reçu ces rapports. Je ne vais donc pas prendre trop de temps pour résumer l'information qui y figure, mais je tiens à préciser que les questions pharmaceutiques ont alors été définies comme constituant un secteur prioritaire. Un programme de travaux coopératifs de deux ans en a découlé: les documents que j'ai mentionnés ont été produits grâce à la collaboration des membres d'un comité fédéral-provincial-territorial connu sous le nom de Comité des questions pharmaceutiques. M. David Bougher, du ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta, et moi-même présidons ensemble ce comité, qui est composé de gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments de programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux. Le comité compte aussi des représentants du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) et de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Comme je l'ai indiqué, je me suis aujourd'hui donné pour objectif de résumer certaines des conclusions des deux rapports auxquels j'ai fait allusion.

«Prix et générateurs de coûts des médicaments» témoigne de l'efficacité de la collaboration des gouvernements fédéral et provinciaux en matière de recherche et d'analyse dans le secteur crucial des soins de santé.

Des analyses des prix et des tendances en matière de dépenses, des niveaux de prix et des générateurs de coûts liés aux produits pharmaceutiques d'ordonnance ont été réalisées dans les provinces de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse. Les principales conclusions de ces analyses sont entre autres les suivantes: sur sept ans, soit de 1990 à 1997, les six régimes que j'ai mentionnés ont subi une augmentation de 44 p. 100 de leurs dépenses reliées aux médicaments d'ordonnance, qui sont passées de 1,5 milliard de dollars à 2,2 milliards de dollars.

L'augmentation des dépenses de 44 p. 100 était surtout attribuable à des facteurs comme l'utilisation accrue des médicaments existants — par «médicaments existants», on entend ceux qui étaient déjà utilisés en 1990, si bien que tout médicament ayant vu le jour après 1991 a été considéré comme nouveau aux fins de l'analyse.

L'autre facteur clé a été l'impact des médicaments plus nouveaux, qui étaient aussi plus onéreux.

Autre conclusion: on a assisté, en 1997, à une majoration de 13 p. 100 des dépenses au titre des médicaments non brevetés vendus par un seul fabricant — ces médicaments ne sont pas

average, priced at 30 per cent above PMPRB's median foreign prices index. This index includes the countries of France, Germany, Italy, Switzerland, Sweden, the United Kingdom, and the United States.

**The Chairman:** For the record, what is the exact name of the PMPRB, the prices review board?

**Ms Ouellet:** It is the Patented Medicine Prices Review Board.

**The Chairman:** Give me an example of a non-patented drug versus a patented one.

**Ms Ouellet:** Not being a pharmacist, I will not give specific drug names. Basically, a patented drug is one for which the manufacturer has applied to the Commissioner of Patents.

**The Chairman:** It is covered under the 20-year rule.

**Ms Ouellet:** Yes. There may be drugs that, for example, have had patents and are now off-patent. Generics would fall into the non-patented category. Single-source drugs might also be non-patent.

In comparison to the 30 per cent increase for single-source non-patents above the foreign median prices, those patent drugs that are regulated by the PMPRB actually fell 11 per cent below the median foreign prices. Therefore one can see the impact of the PMPRB.

**Senator Morin:** This is very important. Putting it another way, the cost of generics is much higher in Canada than it is in any other country. People do not realize that. This is a very important issue the witness is pointing to here.

**Ms Ouellet:** In addition, an interprovincial analysis showed that between 1993 and 1997, the price differentials amongst the six provinces actually narrowed from an average difference of 8.8 per cent down to 5 per cent. Therefore, there is a certain convergence across the country in the prescription drug area.

You might also be interested to know that work on drug prices and cost drivers is continuing under the guidance of the federal-provincial Pharmaceutical Issues Committee. In 1999, with funding from the budget of that year, Health Canada entered into a memorandum of understanding with the PMPRB to conduct further studies of price and expenditures trends, price levels and cost drivers, as they relate to prescription drug products. One part of this work will be to extend the analysis in these documents to include the other provinces that were not covered, and also to include the federal drug plan for First Nations, known as the Non-Insured Health Benefits Program. This work is currently in progress. At its conclusion, we will have actually completed this analysis for all jurisdictions, for all provincial and federal plans.

The relevance of this work has been highlighted by the priority assigned to pharmaceuticals management issues in the

règlementés par le CEPMB. Le prix de ces médicaments était en moyenne de 30 p. 100 supérieur aux prix médians dans les pays étrangers, notamment la France, l'Allemagne, l'Italie, la Suisse, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis.

**Le président:** Aux fins du compte rendu, quel est le nom exact du CEPMB, le conseil chargé de l'examen des prix?

**Mme Ouellet:** C'est le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

**Le président:** Pouvez-vous me donner de médicament non breveté par rapport à un médicament breveté?

**Mme Ouellet:** N'étant pas pharmacienne, je ne vais pas citer de noms. Essentiellement, un médicament breveté est un médicament pour lequel le fabricant a présenté une demande au commissaire aux brevets.

**Le président:** Les médicaments en question sont visés par la règle des 20 ans.

**Mme Ouellet:** Oui. Il peut y avoir des médicaments qui, par exemple, étaient brevetés et ne le sont plus. Les médicaments génériques appartiennent aussi à la catégorie des médicaments non brevetés. Les médicaments à fournisseur exclusif peuvent également être non brevetés.

Par rapport aux médicaments non brevetés vendus par un seul fabricant dont les prix étaient de 30 p. 100 supérieurs aux prix médians dans les pays étrangers, les prix des médicaments brevetés réglementés par le CEPMB sont passés à 11 p. 100 de moins que les prix médians dans les pays étrangers. On constate donc l'impact du CEPMB.

**Le sénateur Morin:** C'est très important. Autrement dit, le coût des médicaments génériques est beaucoup plus élevé au Canada que dans tout autre pays. On l'ignore souvent. Le témoin fait ressortir un enjeu très important.

**Mme Ouellet:** Selon une analyse interprovinciale, entre 1993 et 1997, les écarts de prix entre ces six provinces se sont rétrécis pour passer en moyenne de 8,8 p. 100 à 5 p. 100. On note partout au pays une certaine convergence dans le domaine des médicaments d'ordonnance.

Vous seriez peut-être intéressés d'apprendre que les travaux sur les prix des médicaments et les générateurs de prix se sont poursuivis à l'initiative du Comité fédéral-provincial-territorial sur les produits pharmaceutiques. En 1999, Santé Canada a, avec des fonds provenant du budget pour l'exercice, signé un protocole d'entente avec le CEPMB en vue de mener d'autres études sur les prix et les tendances en matière de dépenses, les niveaux de prix et les générateurs de coûts liés aux produits pharmaceutiques d'ordonnance. Dans le cadre de ces travaux, on entend s'intéresser aux provinces qui n'ont pas été visées et s'intéresser au régime fédéral d'assurance-médicaments pour les Premières nations, le Programme des services de santé non assurés. Ces travaux sont actuellement en cours. À la fin, nous aurons fait enquête sur l'ensemble des administrations de même que sur l'ensemble des régimes provinciaux et fédéraux.

La pertinence de ces travaux a été mise en lumière par l'importance accordée aux questions relatives à la gestion des



September 11, 2000, first minister's meeting communiqué on health.

You are also probably aware that in March, the Canadian Institute for Health Information released its own report on drug expenditures for the period 1985 to 2000. Just to very quickly highlight from that report, they indicated that drugs continue to consume an increasing share of Canada's health care dollar, accounting for the second largest category of health expenditures next to hospital services. That has perhaps already been mentioned.

Spending on drugs is expected to reach \$14.7 billion in 2001, representing 15.5 per cent of total health spending. This is following on increases of 8.9 and 9 per cent in 1999 and 2000.

The second report you asked me to speak to was the "Drug Utilization in Canada" report. Like the report on drug prices and cost drivers, this was undertaken under the direction of the same federal-provincial-territorial Pharmaceutical Issues Committee. The objective was to define the scope of drug utilization issues in Canada and to identify and assess possible initiatives that could be undertaken to ameliorate them.

The main conclusion from that work was that approximately 254 million free prescriptions were dispensed in Canada in 1998, which was an increase of 5.4 per cent over the preceding year. This translated into an average of 8.3 prescriptions per citizen in 1998.

Drug therapy is also an increasingly important component of health care, and appropriate, cost-effective use of drugs is essential in order to optimize health outcomes and avoid other, unnecessary costs — and I think our previous speakers have mentioned some of those impacts.

Canada does not have good, comprehensive drug use and cost information, which in and of itself is a barrier to any analysis, including analysis of some of the policy directions or potential implications of policy directions. Canadians are also seeking authoritative, evidence-based, patient-oriented information when their prescriptions are written or dispensed.

These efforts, taken all together, are important. I would also point out that we have worked with the Canadian Medical Association, the Canadian Pharmacists Association, and others in conducting this work.

By way of conclusion, I would say that the first ministers' communiqué identified some further priorities for work by governments. These include assessing issues with respect to best practices, including appropriate prescribing; cost-effectiveness analyses of pharmaceuticals; and the extent to which some of the governmental processes for the review of evidence coming from

produits pharmaceutiques dans le communiqué sur la santé découlant de la réunion des premiers ministres du 11 septembre 2000.

Vous savez probablement que, en mars, l'Institut canadien d'information sur la santé a publié son propre rapport sur les dépenses de médicaments couvrant la période allant de 1985 à 2000. Histoire d'en donner un bref aperçu, je souligne qu'on y précise que le coût des médicaments continue à absorber une part croissante des dépenses canadiennes de santé. Il représente en effet la deuxième catégorie de dépenses de santé en importance après les services hospitaliers. On l'a peut-être déjà souligné.

On s'attend à ce que les dépenses liées aux médicaments atteignent les 14,7 milliards de dollars en 2001, soit 15,5 p. 100 des dépenses de santé totales. La hausse fera suite aux augmentations de 8,9 p. 100 et de 9 p. 100 enregistrées en 1999 et en 2000.

Le deuxième rapport auquel vous m'avez demandé de m'adresser s'intitule «Utilisation des médicaments au Canada». À l'instar du rapport sur le prix et les générateurs de coûts des médicaments, le rapport sur l'utilisation des médicaments a été réalisé sous la direction du Comité fédéral-provincial-territorial sur les produits pharmaceutiques. Il avait pour objectif de déterminer l'ampleur des problèmes liés à l'utilisation des médicaments au Canada et d'établir ainsi que d'évaluer d'éventuelles initiatives visant à atténuer ces problèmes.

La principale conclusion qui ressort de ces travaux est que le nombre d'ordonnances gratuites s'est établie à environ 254 millions au Canada en 1998, ce qui représente une augmentation de 5,4 p. 100 par rapport à l'année précédente. Ce chiffre se traduit par une moyenne de 8,3 ordonnances par citoyen en 1998.

La pharmacothérapie prend de plus en plus de place dans le système de soins de santé. À ce titre, elle doit donc offrir un bon rapport coût-efficacité. C'est ainsi qu'on pourra optimiser les résultats pour la santé et éviter d'autres coûts inutiles — je crois que certains intervenants ont déjà fait allusion à certains de ces impacts.

Le Canada ne dispose pas de données exhaustives fiables sur l'utilisation et le coût des médicaments, ce qui constitue en soi un obstacle à l'analyse, notamment celle de certaines orientations stratégiques ou conséquences éventuelles de ces orientations. Les Canadiens sont de plus en plus en quête d'une information faisant autorité, fondée sur des preuves et adaptée au patient qui leur serait communiquée au moment où on leur remet leur ordonnance ou au moment où elle est exécutée.

Mis ensemble, ces efforts sont importants. Je tiens à souligner que, dans le cadre de ces travaux, nous avons travaillé en collaboration avec l'Association médicale canadienne, l'Association des pharmaciens du Canada et d'autres.

En guise de conclusion, j'ajoute qu'on retrouve dans le communiqué des premiers ministres certains autres secteurs prioritaires sur lesquels devront porter les travaux futurs des gouvernements. À ce propos, citons l'évaluation des questions relatives aux pratiques exemplaires, des analyses de l'efficacité des produits pharmaceutiques et la mesure dans laquelle certains

clinical trials and other sources might be streamlined. In fact there may even be some common areas where we could work together.

**The Chairman:** I would ask the group a broad question. I can take the context for it directly out of Dr. Poston's comment, toward the end of his paper, that the first step should be to ensure that adequate coverage is provided to individuals currently without drug coverage, particularly low income families, children, people between jobs, and the self-employed.

I would like to know what we know about those people. For example, do we have any data on prescriptions that get written but never get filled because people do not have the money? Do we have data on prescriptions that get written, get filled, but in fact are not used properly? Do we have data on people who need drugs but do not get them, largely because of economic considerations? Do we have any data in that general ballpark?

**Dr. Coombs:** The important element in that whole issue is in your last question. Of course, it is the easier one to answer. After all, there are quite a few good published studies, both Canadian and American, showing a very strong trade-off between the access to and the use of the medication, and later consequences.

In other words, if you raise the price or make the drug less accessible, people will fill the scrips less, renew the scrips less, and use other health care resources more. They will drive up your hospitalization charges if you deny them the drugs. Yes, economics is a barrier, and other access issues are also a barrier.

**The Chairman:** I was convinced economics was a variable. Do we have hard data?

**Dr. Korman:** Dr. Tamblin evaluated the impact of the Quebec program, and that information ought to be obtained by the committee. While it provided universal coverage, it also increased the deductible or the copayment. It did have a measurable impact, as Dr. Coombs pointed out.

**Dr. Poston:** The bad news is that we do not have good data for Canada. American studies have been done, and Dr. Tamblin's recent paper, which I referred to in our brief, is one of the first significant studies in Canada to illustrate the scope of the problem. I talked about the administrative burden that pharmacists are currently carrying. Much of that is because people turn up in pharmacies with prescriptions that are no longer covered by their drug plans. The physician does not know what is covered. He writes the prescription. The private drug plan or public drug plan

mécanismes gouvernementaux d'évaluation des données provenant d'essais cliniques et d'autres sources pourront être rationalisés. En fait, il se peut même qu'il y ait certains domaines d'intérêt commun à propos desquels nous pourrions mener des travaux conjoints.

**Le président:** Je vais poser aux membres du groupe une question de portée générale. Comme point de départ, je me référerai directement à un commentaire qu'a fait le Dr Poston à la fin de son témoignage, c'est-à-dire que la première étape devrait consister à assurer une protection adéquate aux personnes qui n'ont actuellement pas d'assurance-médicaments, en particulier les familles à faible revenu, les enfants, les personnes entre deux emplois et les travailleurs autonomes.

J'aimerais avoir une idée de ce que nous savons au sujet de ces personnes. Par exemple, avons-nous des données sur les ordonnances qui ont été données, mais que les patients n'ont pas fait exécuter faute d'argent? Avons-nous des données sur les ordonnances qui ont été données, exécutées, mais, dans les faits, mal utilisées? Avons-nous des données sur les personnes qui ont besoin de médicaments, mais qui ne les obtiennent pas, principalement en raison de considérations économiques? Disposons-nous de données qui portent généralement sur ces questions?

**Le Dr Coombs:** Dans toute cette affaire, l'élément le plus important se trouve dans votre dernière question. Bien entendu, c'est aussi celui à propos duquel il est le plus facile de répondre. Après tout, il existe d'assez nombreuses études publiées, au Canada et aux États-Unis, qui font état de très forts compromis entre l'accès aux médicaments et l'utilisation de ces derniers et les conséquences qui s'ensuivent.

Si, en d'autres termes, voushaussez le prix des médicaments ou rendez ces derniers moins accessibles, les gens feront exécuter moins d'ordonnances, renouvelleront moins d'ordonnances et utiliseront davantage d'autres ressources de santé. Si vous leur interdisez l'accès aux médicaments, ils feront augmenter les coûts liés aux hospitalisations. Oui, les facteurs économiques représentent un obstacle, et d'autres questions relatives à l'accès en représentent un autre.

**Le président:** J'ai toujours cru que les données économiques étaient par nature variables. Disposons-nous de données objectives?

**Le Dr Korman:** Le Dr Tamblin a évalué l'impact du régime québécois, et le comité doit se procurer ces renseignements. S'il a assuré une protection universelle, le régime a également entraîné une augmentation de la franchise ou de la quote-part. Il a eu, comme le Dr Coombs l'a souligné, un impact mesurable.

**Le Dr Poston:** La mauvaise nouvelle, c'est que nous ne possédons pas de bonnes données pour le Canada. Des études ont été réalisées aux États-Unis, et l'article récent du Dr Tamblin, auquel j'ai fait allusion dans notre mémoire, est l'une des premières études significative réalisée au Canada pour illustrer la portée du problème. J'ai fait allusion au fardeau administratif que les pharmaciens doivent actuellement assumer. Une bonne partie du problème s'explique par le fait que les gens se présentent avec des ordonnances se rapportant à des médicaments qui ne sont plus



has been changed in the last six months or in the last year. The drug is no longer covered. Our members find themselves having to phone the physician and explain that the drug is no longer covered, or they are faced with having to send the patient back to see the physician at additional cost and inconvenience.

We are certainly hearing a lot of anecdotal evidence. Our members see situations every day in stores across this country where the physician has written a prescription for two drugs. The question to the pharmacist is, "I cannot afford both of them. Which one should I pick? You choose for me and tell me which one I really need to take." That is the burden that is falling on community pharmacists and on patients as a result of the changes in drug plans.

We do not have good statistics on it. Dr. Tamblyn's paper is the first comprehensive effort to study this in Canada, but I think there is significant concern at the grass roots level.

**Ms Ouellet:** I would agree that there are studies that would be useful. Another report that might be useful to this committee is one that we funded quite extensively under the Health Transition Fund. It is called "Canadians' Access to Insurance for Prescription Medicines." This study identified three scales and attempted to measure access along them: the first having to do with our coverage for routine costs, the second on catastrophic expenses — essentially last-dollar coverage there — and the last on the overall ability to pay. In the context of that study, we identified ability to pay according to percentage of disposable income spent on drugs. I think this study might provide some useful information, and we can get that to you.

**The Chairman:** Is that a public document?

**Ms Ouellet:** Yes.

**The Chairman:** How old is the data?

**Ms Ouellet:** The study was published last year, so it is relatively recent. I will see you get copies of it.

**Dr. Poston:** I have one more point to add. One of the common findings of studies where pharmacists have critically evaluated patients' drug therapy — and this is a figure emerging from both the U.S. and Canada — is that in about 20 per cent of cases, the recommendations are to add drug therapy. This is always a problem when you are trying to evaluate improvements and looking at cost savings. Quite often, you find patients who really need to be on drugs and who, for a variety of reasons, are not receiving them. There is a recommendation to add drugs in about 20 per cent of cases. We obviously need to evaluate the impact of not receiving therapy on long-term health.

assurés par leur régime. Le médecin n'est pas au courant des médicaments qui sont assurés. Il se contente de donner l'ordonnance. Au cours des six derniers mois ou de la dernière année, le régime public ou privé d'assurance-médicaments a subi des modifications. Le médicament n'est plus assuré. Nos membres se voient dans l'obligation de téléphoner au médecin et de lui expliquer que le médicament n'est plus assuré ou encore de demander au patient de retourner voir son médecin, ce qui entraîne des coûts additionnels, sans parler des inconvénients.

Il est certain que nous entendons beaucoup de témoignages anecdotiques. Dans des établissements des quatre coins du pays, nos membres sont confrontés chaque jour à des cas où le médecin a rédigé une ordonnance pour deux médicaments. La question que le patient pose au pharmacien est la suivante: «Je n'ai pas les moyens de prendre les deux. Lequel devrais-je choisir? Choisissez pour moi et dites-moi celui que je dois absolument prendre.» Voilà le fardeau que les modifications apportées aux régimes d'assurance-médicaments font porter aux pharmaciens communautaires et aux patients.

Nous n'avons pas de bonnes données à ce sujet. L'article du Dr Tamblyn est le premier effort exhaustif visant à étudier le phénomène au Canada, mais je crois que les préoccupations à la base sont considérables.

**Mme Ouellet:** Je suis d'accord pour dire que les études nous seraient utiles. Il serait utile que le comité se procure un autre rapport que nous avons financé plutôt massivement aux termes du Fonds pour l'adaptation des services de santé. Le rapport porte sur l'accès des Canadiens à l'assurance pour les médicaments d'ordonnance. Dans l'étude, on a défini trois échelles et tenté de mesurer l'accès pour chacune: la première porte sur les coûts habituels, la deuxième, sur les dépenses en cas de catastrophe — ici, on a essentiellement affaire à la protection illimitée — et la dernière, sur la capacité générale de payer. Dans le contexte de cette étude, nous avons défini la capacité de payer en fonction du pourcentage du revenu disponible consacré aux médicaments. Je pense que l'étude pourrait vous fournir des renseignements utiles, et nous pourrions vous la faire parvenir.

**Le président:** S'agit-il d'un document public?

**Mme Ouellet:** Oui.

**Le président:** De quand datent les données?

**Mme Ouellet:** L'étude a été publiée l'année dernière. Elle est donc relativement récente. Je vous en ferai parvenir des exemplaires.

**Le Dr Poston:** J'aimerais ajouter un élément de plus. L'une des conclusions communes aux études dans le cadre desquelles des pharmaciens ont évalué d'un point de vue critique la pharmacothérapie — les données en question proviennent à la fois des États-Unis et du Canada —, c'est que, dans environ 20 p. 100 des cas, on a recommandé d'augmenter la quantité de médicaments. Lorsqu'on cherche à évaluer les améliorations tout en tenant compte des économies de coût, cette situation pose toujours problème. Assez souvent, on a affaire à des patients qui ont vraiment besoin de médicaments et qui, pour diverses raisons, ne les reçoivent pas. Dans ce cas-ci, une augmentation des quantités de médicaments était recommandée dans quelque

**Senator LeBreton:** These were very helpful and informative presentations. I have questions for each of you based on those presentations.

My first question is for Dr. Coombs. You arrived in your presentation at an assumption that the public is implicitly consenting to an 11 per cent GDP envelope. I do not disagree with that. I think the public is prepared to spend more of GDP. What did you base that on? How did you come to that figure? Was it an assumption, or were there some data you used to come to the 11 per cent GDP figure?

**Dr. Coombs:** That is a good question. I am glad you asked it, because I expected that someone would. It is mostly a matter of rising trends in which all OECD countries are moving in the same direction. It is fairly safe to suggest that Canada will always retain a position near the top rung, but below the U.S. That 11 per cent is an estimate on my part.

Actually, to answer your question in a very succinct way, it was an educated estimate.

**Senator LeBreton:** It is at least that.

**Dr. Coombs:** The best I could do is show you the underlying data that led to the conclusion, but it was especially the upwardly rising trends. It is easy for me to say this. You are the politicians and have to make this happen, but that just seems to be where the data are leading.

**Senator LeBreton:** It is supported by the public when you ask them about the issues.

**Mr. Coombs:** They do not say, "We need 11 per cent of GDP," but they do say, "My uncle went to hospital and received poor care. He should have got better."

**Senator Morin:** That figure rising towards 11 per cent does not necessarily mean that the public is prepared to pay taxes that will lead to 11 per cent, or that the provinces are prepared to pay that. I do not agree that the public or the provinces are prepared to pay for that.

**Dr. Coombs:** More precisely, I am saying the electorate seems to be telling us in all kinds of different ways — through public opinion polls and through voting patterns — that they are not satisfied with current expenditures on health care. I did not even like the idea of raising it to 11 per cent, because I do not like the way we are spending it now. However, I do think we need to raise it a little to buy some elbow room to get things fixed, because we will have to spend some money on some of these prevention and early intervention programs or we will be squeezed in the long run. Either we step into the future or we get dragged into it. If we get dragged into it, we will be spending large amounts of money

20 p. 100 des cas. De toute évidence, nous devons évaluer l'impact du fait de ne pas recevoir de traitement sur la santé à long terme.

**Le sénateur LeBreton:** Vos témoignages ont été des plus utiles et des plus éclairants. J'ai des questions à poser à chacun d'entre vous relativement à ce que vous avez dit.

Ma première question s'adresse au Dr Coombs. Dans votre témoignage, vous avez émis l'hypothèse que le public consent implicitement à une enveloppe correspondant à 11 p. 100 du PIB. Je ne le conteste pas. Je crois que le public est disposé à dépenser un pourcentage plus grand du PIB. Sur quoi avez-vous fondé votre affirmation? Comment avez-vous abouti à ce chiffre? S'agit-il d'une hypothèse? Quelles sont certaines des données que vous avez utilisées pour en arriver à 11 p. 100 du PIB?

**Le Dr Coombs:** C'est une bonne question. Je suis heureux que vous l'ayez posée. En fait, je m'attendais à ce que quelqu'un le fasse. Il s'agit pour l'essentiel d'une tendance à la hausse commune à tous les pays de l'OCDE. Il est raisonnablement sûr de postuler que le Canada demeurera près de l'échelon supérieur, mais sous les États-Unis. Le chiffre de 11 p. 100 est une estimation de ma part.

En fait, pour répondre à votre question de façon très succincte, il s'agit d'une estimation au jugé.

**Le sénateur LeBreton:** C'est au moins ça.

**Le Dr Coombs:** Le mieux que je pourrais faire consisterait à vous présenter les données sous-jacentes qui ont conduit à la conclusion, en particulier la tendance à la hausse que j'ai observée. Pour moi, c'est une affirmation facile à faire. À titre de politicien, vous devez faire bouger les choses. Mais c'est bel et bien la direction dans laquelle les données semblent pointer.

**Le sénateur LeBreton:** Interrogé à propos des enjeux, le public vous donne raison.

**Le Dr Coombs:** Les citoyens ne disent pas: «Nous avons besoin d'une enveloppe correspondant à 11 p. 100 du PIB.» Ce qu'ils disent, c'est plutôt: «Mon oncle a été hospitalisé et a reçu des soins de mauvaise qualité. Il aurait dû être mieux traité.»

**Le sénateur Morin:** Le fait que la tendance soit vers une proportion de 11 p. 100 ne signifie pas nécessairement que les contribuables soient disposés à payer des impôts qui conduiront à un tel pourcentage, ni que les provinces seront d'accord pour payer autant. Pour ma part, je ne suis pas d'accord pour dire que les provinces ou les contribuables sont prêts à épouser la facture.

**Le Dr Coombs:** Ce que je dis, de façon plus précise, c'est que l'électorat semble nous montrer de toutes sortes de façon — qu'il s'agisse de sondages d'opinion publique ou des habitudes de vote — qu'il est insatisfait du niveau actuel de dépenses dans les soins de santé. L'idée de faire porter le pourcentage à 11 p. 100 ne me plaisait même pas parce que la façon dont nous dépensons aujourd'hui les crédits à notre disposition me déplaît. Cependant, je crois que nous devons hausser légèrement les dépenses pour dégager la marge de manoeuvre dont nous avons besoin pour corriger les problèmes. En effet, nous devons investir dans certains programmes de prévention et d'intervention précoce,



on last-minute medicine the way we are now, and not really making headway in terms of lengthening lifespans.

**Senator LeBreton:** The percentage is probably correct. Your assumption is probably correct. They are probably saying, "Take it away from somewhere else and put it there," but they will not pay any more in taxes.

**Dr. Coombs:** Yes.

**Senator LeBreton:** Dr. Poston, on the issue of inappropriate prescribing and use of medicines, especially when it comes to the elderly and their use of prescription drugs, how do pharmacists monitor and control that? Is there a system in place so they actually see where drugs are being abused? What powers do they have to step in? They should not be wanting to question doctors. It would be fine if people went to the same pharmacy for all their prescriptions, but is there any way to be linked to other pharmacists? Is there any system whereby, if a senior went and filled three prescriptions here and two there and two somewhere else, that they would be caught? They could be endangering their health.

**Dr. Poston:** I will answer the last part first. By and large, pharmacies are not able to exchange data. In fact I do not think we will see much progress on that currently because of the privacy debate.

They are all linked in British Columbia. All prescription claims in British Columbia, whether paid for by the public sector or the private sector, go through the government switch.

In fact there is a record on the B.C. pharmacare database of all prescriptions that a patient has received, irrespective of who paid for them. As a pharmacist practising in British Columbia, you do have access to that complete record.

**Senator LeBreton:** Is that like a smart card?

**Dr. Poston:** No. It is just the way the health information network is set up in B.C. PharmaNet is the technology.

In most of the public plans and much of the private sector, payment for prescriptions is adjudicated on-line and in real time in the pharmacy. At the time the pharmacist fills the prescription, he or she knows it will be paid. There is messaging to and from between the payer's database and the pharmacy database. In British Columbia — and I think they are working on the project in Manitoba and Saskatchewan — the plan is to be able to provide

faute de quoi nous risquons de nous retrouver coincés à long terme. Nous pouvons ou bien entrer de plain-pied dans l'avenir ou attendre qu'on nous y fasse entrer de force. Dans la dernière hypothèse, nous devons consacrer des sommes considérables à des actes médicaux de dernière minute comme nous le faisons aujourd'hui, sans faire de véritables percées qui permettent de prolonger sensiblement la longévité.

**Le sénateur LeBreton:** Le pourcentage est probablement exact. Votre hypothèse est probablement exacte. Ce que les citoyens nous disent probablement, c'est: «Prenez de l'argent ailleurs, et investissez-le ici.» Cependant, ils ne sont pas disposés à payer plus d'impôt.

**Le Dr Coombs:** Oui.

**Le sénateur LeBreton:** Maintenant, docteur Poston, en ce qui concerne la prescription et l'utilisation impropres de médicaments, en particulier en ce qui touche les aînés et leur consommation de médicaments d'ordonnance, comment les pharmaciens exercent-ils un contrôle et une surveillance? Existe-t-il un système qui leur permette de savoir dans quelles circonstances il y a abus de médicaments? Quel pouvoir d'intervention exercent-ils? Ils ne voudront pas mettre en doute les ordonnances des médecins. Tout irait bien si les patients obtenaient tous leurs médicaments d'ordonnance à la même pharmacie. Existe-t-il un lien entre pharmaciens? Existe-t-il un réseau qui permettrait de repérer un aîné qui se procure trois médicaments d'ordonnance dans une pharmacie, deux dans une autre et encore deux ailleurs? L'aîné en question pourrait mettre sa santé en péril.

**Le Dr Poston:** Je vais d'abord répondre à la dernière partie de votre question. Pour l'essentiel, les pharmaciens ne sont pas en mesure d'échanger des données. En fait, je ne crois pas qu'on réalisera beaucoup de progrès dans ce domaine en raison du débat actuel sur la protection des renseignements personnels.

En Colombie-Britannique, toutes les pharmacies sont reliées entre elles. Les médicaments d'ordonnance vendus en Colombie-Britannique, qu'ils soient payés par le secteur public ou le secteur privé, passent tous par le commutateur du gouvernement.

En fait, on trouve dans la base de données du régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique une liste de tous les médicaments d'ordonnance qu'un patient a reçus, peu importe qui les a payés. Un pharmacien qui exerce sa profession en Colombie-Britannique a accès à ce fichier complet.

**Le sénateur LeBreton:** Est-ce un peu comme une carte à mémoire?

**Le Dr Poston:** Non. Il s'agit simplement de la façon dont le réseau d'information sur la santé est organisé en Colombie-Britannique. PharmaNet est la technologie utilisée.

Dans la plupart des régimes publics et dans la plupart des régimes privés, le paiement des médicaments d'ordonnance est réglé en ligne et en temps réel à la pharmacie. Au moment où il remplit l'ordonnance, le médecin sait qu'il sera payé. La base de données du payeur et celle de la pharmacie s'échangent des données. En Colombie-Britannique — je crois qu'on s'affaire à un projet du même genre au Manitoba et en Saskatchewan —, le

pharmacists with a complete record of drugs through the PharmaNet systems.

**Senator Ferretti Barth:** Is that in Quebec too?

**Dr. Poston:** Yes. Information technology is solving that problem of access to the records. A big area of debate is that pharmacists often do not have access to information on the indication for which the drug is prescribed. That has come to the fore in Ontario recently as a result of some of the policies of the Ontario Drug Benefit Program.

Going back to the first part of the question, that is one of the issues that makes monitoring of outcomes quite difficult. You must have access to that information to be able to successfully monitor outcomes. You can look for patients coming back for refills. There have also been experimental programs to provide pharmacists with a call-back system. The work load is such that they cannot call everyone back, but they will call back those patients who they think really need it.

Then there have been experimental programs using consultative practice models, where pharmacists, through separate funding mechanisms or whatever, have the time to sit down and talk with patients in a more detailed fashion.

**Senator Robertson:** Can you tell me who has access to the PharmaNet?

**Dr. Poston:** Community pharmacists have access to it. I think hospital pharmacists have access. That is basically it.

**Senator Robertson:** The issue of who had access to the information pharmacists have came up last fall, when we were studying privacy legislation. I agree with you that pharmacists should play a larger role. I do not know what I would do without my pharmacist, to tell you the truth. That is not a reflection on my family practitioner. He is so busy that I hate to bother him.

We were advised last fall that there are data collection groups that buy files from pharmacists for the information they contain.

I would be interested in knowing how accessible those files are to organizations or groups that make their livelihood by collecting data and distributing that information, because they contain a great deal of private information. This is one argument we have heard consistently when it comes to privacy.

**Dr. Poston:** Perhaps I will answer first and then pass the question over to Dr. Korman.

régime est en mesure de mettre à la disposition des pharmaciens un dossier complet des médicaments, par l'entremise des systèmes PharmaNet.

**Le sénateur Ferretti Barth:** Fonctionne-t-on de cette façon au Québec aussi?

**Le Dr Poston:** Oui. La technologie de l'information est en voie de régler le problème de l'accès aux dossiers. Un des grands secteurs qui fait l'objet de débats, c'est qu'il arrive souvent que les pharmaciens ne disposent pas de renseignements sur les raisons pour lesquelles le médicament a été prescrit. Le problème s'est posé récemment en Ontario en raison de certaines des politiques du Programme de médicaments gratuits de l'Ontario.

En ce qui concerne la première partie de votre question, maintenant, c'est l'un des problèmes qui ont pour effet de rendre le contrôle des résultats relativement difficile. Pour pouvoir contrôler les résultats de façon efficace, on doit avoir accès à l'information. On peut assurer le suivi des patients qui viennent pour des renouvellements. Il existe également des programmes expérimentaux visant à mettre un système de rappel à la disposition des pharmaciens. La charge de travail est telle qu'ils ne peuvent pas rappeler tout le monde, mais ils communiqueront avec les patients qui, à leur avis, en ont vraiment besoin.

Il existe également des programmes expérimentaux faisant appel à des modèles de pratiques axés sur la consultation en vertu desquels les pharmaciens, au moyen de mécanismes de financement distinct ou d'autres dispositions, ont le temps de s'asseoir et de discuter plus en détails avec les patients.

**Le sénateur Robertson:** Pourriez-vous nous dire qui a accès à PharmaNet?

**Le Dr Poston:** Les pharmaciens communautaires y ont accès. Je crois que les pharmaciens hospitaliers y ont aussi accès. C'est à peu près tout.

**Le sénateur Robertson:** L'automne dernier, la question de l'accès à l'information dont disposent les pharmaciens s'est posée au moment de l'étude des dispositions législatives sur la protection des renseignements personnels. Je suis d'accord avec vous pour dire que les pharmaciens devraient jouer un rôle plus important. Pour tout dire, je ne sais pas ce que je ferais sans mon pharmacien. Je ne veux pas dire de mal de mon médecin de famille. Il est si occupé que j'évite de le déranger.

L'automne dernier, on nous a dit qu'il existe des groupes spécialisés dans la collecte de données qui achètent des dossiers de pharmaciens pour les renseignements qu'on y retrouve.

J'aimerais savoir dans quelle mesure ces dossiers sont accessibles aux organisations ou aux groupes dont l'activité consiste à collecter et à distribuer de tels dossiers, qui renferment beaucoup de renseignements personnels. C'est l'un des arguments qui ont été soulevés à répétition devant nous au moment de l'étude des dispositions relatives à la protection des renseignements personnels.

**Le Dr Poston:** Je vais répondre d'abord, puis demander au Dr Korman de compléter mes propos.



One of the interesting things about the B.C. PharmaNet program is that patients can use a pin number to control access to their records, in the way that we use pin numbers to conduct transactions with the bank or through Interac. The patient has to opt to do it.

**Senator Robertson:** What percentage uses the pin number?

**Dr. Poston:** It is very low.

Going back to the sale of files, what usually happens — and it is a bone of contention — is that some pharmacies sell data for research and market research purposes, but the patient's name is removed. There is information on prescription drug utilization, but you cannot identify the patient through it. That is the practice.

**Senator Robertson:** We can debate that again.

**Dr. Korman:** I cannot speak to the access rules with respect to PharmaNet, but I think they are well documented. I know that PharmaNet de-identifies summary information available for research purposes.

With respect to our own practices, again, I would toss the ball back to Dr. Poston. Our access to information across the country will be governed by the provincial rules with respect to pharmacy, and we have no interest in collecting that information at an identified patient level. However, I think the provincial laws across this country prevent that kind of access. I think the control point is well regulated.

**Dr. Poston:** It is certainly prohibited in some provinces. B.C. is an example. In others provinces, there are requirements that it not be identified by patient.

We have been serving as the secretariat of the national working group funded by Health Canada to look at privacy of health information issues. One focus of debate and contention is on the appropriate use or otherwise of identified and de-identified information. You will certainly be hearing more about it.

**The Chairman:** For committee members, I will say that the issue that we were disputing with the government on Bill C-6 may well come back to this committee. It has been left such that if an amicable solution, acceptable to all parties, is not worked out over the next two or three months, the issue will return. I have discussed this question within the last week with senior officials.

**Dr. Coombs:** One good way to look at this is through patient-level data. There are many different ways to collect data. Basically, we are looking at patient-level data that either have had the identifiers stripped off, or not. They must be present if pharmacies are going to exchange information.

Ce qu'il y a d'intéressant dans le programme PharmaNet de la Colombie-Britannique, c'est que les patients peuvent utiliser un numéro d'identification personnel pour contrôler l'accès à leur dossier, comme nous le faisons pour effectuer des transactions avec notre banque ou par l'intermédiaire du réseau Interac. Le patient doit choisir d'utiliser un numéro d'identification personnel.

**Le sénateur Robertson:** Quel est le pourcentage d'entre eux qui utilisent le numéro?

**Le Dr Poston:** Il est très faible.

En ce qui concerne la vente de dossiers, ce qui arrive habituellement — et c'est l'un des objets du litige —, c'est que certaines pharmacies vendent des données aux fins de recherches et d'études de marché, mais le nom du patient est retiré. On retrouve des renseignements sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance, mais on ne peut identifier les patients. C'est ainsi qu'on fonctionne.

**Le sénateur Robertson:** Nous pourrions en débattre encore une fois.

**Le Dr Korman:** Je ne suis pas en mesure de parler des règles d'accès à PharmaNet, mais je pense qu'elles sont bien documentées. Je crois savoir que PharmaNet «désidentifie» les renseignements sommaires fournis à des fins de recherches.

En ce qui concerne nos propres pratiques, je vais une fois de plus renvoyer la balle dans le camp du Dr Poston. Dans l'ensemble du pays, l'accès à l'information dont nous bénéficierons sera régi par les règles provinciales applicables aux pharmacies, et nous n'avons aucun intérêt à colliger de tels renseignements à propos de patients identifiés. Cependant, je pense que les dispositions législatives provinciales en vigueur au pays interdisent ce genre d'accès. Je crois que le point de contrôle est bien réglementé.

**Le Dr Poston:** Il est certain que ce genre d'accès est interdit dans certaines provinces, en Colombie-Britannique, par exemple. Dans d'autres provinces, on exige que le patient ne puisse être identifié.

Nous avons servi de secrétariat au groupe de travail national financé par Santé Canada qui a pour mandat d'étudier les questions relatives à la protection des renseignements personnels sur la santé. Un des sujets de débat et de litige a trait à l'utilisation appropriée des renseignements ou des renseignements identifiés et «désidentifiés». Vous en entendrez assurément parler de nouveau.

**Le président:** Au profit des membres du comité, je signale que la question dont nous discutons avec le gouvernement relativement au projet de loi C-6 pourrait très bien être soumise de nouveau à l'examen du comité. Si, aux termes de l'entente à laquelle nous en sommes arrivés, on ne parvient à une solution à l'amiable acceptable pour toutes les parties d'ici deux ou trois mois, la question nous sera soumise de nouveau. J'en ai discuté la semaine dernière avec des hauts fonctionnaires.

**Le Dr Coombs:** La bonne façon d'aborder la question consiste à passer par les patients. Il existe de nombreuses façons de collecter des données. Essentiellement, nous avons affaire à des données recueillies au niveau des patients à propos desquelles les identificateurs ont été retirés ou non. Ces identificateurs devront

Ultimately, if we are going to run pharmacare, we must have patient-level data with patient identifiers, and we will be exchanging the information. I know that is worrisome, but after all, every provincial health care system also uses patient-level data. Some provinces make them available to researchers; others do not. Some exchange the data and do nuanced research; others do not.

The point is, it will happen anyway. In fact if we are going to implement pharmacare and do it properly, no matter which way we cut that pie, we will need some type of universal patient-level data. How else will we avoid throwing money away on prescriptions that are not necessary, or be able to follow up patients to make sure these drugs are actually being used, or that insulin is being renewed, for example?

Fifty percent of diabetics are not renewing their prescriptions. It is a problem. There is no other way to proceed.

**Senator Robertson:** It seems to me that we heard evidence that certain pharmaceutical companies could obtain the names of doctors who were not using their drugs from pharmacies.

**Dr. Coombs:** That is doctor-level data. That is different.

**Senator Robertson:** They are still getting records. Then they visit them and make sure they understand how to prescribe them to the patients, and try to sell the drugs. That is another privacy issue. I mention it because I know it is a concern to many of our colleagues in the Senate.

**Dr. Coombs:** We cannot just say it is terrible and we should avoid it because it is so complicated and intimidating. Unfortunately, I think we will have to go the Bill C-6 route and roll up our sleeves and figure out how to manage our way through it. The data will get used. Every provincial ministry is talking about electronic patient records. It will either get control of us or we will get control of it.

**Senator Robertson:** You may well be right.

**Senator LeBreton:** I think that has improved. We will have to face reality at some point.

**Dr. Korman,** I have one specific question about slide 21 on page 11 of your binder. I was shocked by these comparison figures between Canada and the United States on Ritalin prescriptions. Do you have any background for that data? Are Canadians over-prescribing, or do we not tolerate kids who are more active? What is the reason for that? Do you know? Have you had a chance to delve into it?

être présents pour que les pharmacies puissent échanger des données.

Si, en dernière analyse, nous allons exploiter le régime d'assurance-médicaments, nous aurons besoin de données sur les patients associées à des identificateurs, et nous allons échanger des renseignements. Je sais que c'est préoccupant, mais, après tout, tous les régimes provinciaux d'assurance-maladie utilisent également des renseignements sur les patients. Certaines provinces les mettent à la disposition des chercheurs; d'autres, non. Certaines échangent les données et effectuent des recherches spécialisées, d'autres, non.

Ce qu'il y a, c'est que des renseignements seront échangés de toute façon. Si, en fait, nous adoptons un régime d'assurance-médicaments qui fonctionne correctement, nous allons devoir, d'une façon ou d'une autre, recueillir un certain type de données universelles sur les patients. Sinon, comment allons-nous pouvoir éviter de gaspiller de l'argent en médicaments d'ordonnance superflus ou d'assurer un suivi des patients pour nous assurer qu'ils prennent bel et bien leurs médicaments ou que, par exemple, ils font renouveler leurs ordonnances d'insuline?

Au total, 50 p. 100 des diabétiques ne font pas renouveler leurs ordonnances. C'est un problème. Il n'y a pas d'autre façon de procéder.

**Le sénateur Robertson:** Il me semble qu'on nous a dit que certaines sociétés pharmaceutiques pourraient obtenir auprès des pharmacies le nom des médecins qui n'utilisent pas leurs produits.

**Le Dr Coombs:** Il s'agit de données recueillies au niveau des médecins. C'est différent.

**Le sénateur Robertson:** Quoi qu'il en soit, les sociétés obtiennent des dossiers. Ensuite, des représentants rendent visite aux médecins et s'assurent qu'ils comprennent comment prescrire leurs médicaments aux patients et s'efforcent de vendre leurs produits. Il s'agit d'un autre enjeu relatif à la protection des renseignements personnels. Si j'en parle, c'est parce que je sais que la question préoccupe bon nombre de nos collègues du Sénat.

**Le Dr Coombs:** Nous ne pouvons pas nous contenter de dire que c'est terrible et qu'il faut éviter d'agir parce que la tâche qui nous attend est compliquée et intimidante. Malheureusement, je pense que nous allons devoir nous engager sur la voie tracée par le projet de loi C-6, retrousser nos manches et trouver le moyen de parvenir à nos fins. Les renseignements seront utilisés. Dans tous les ministères provinciaux, on évoque la possibilité de constituer des dossiers électroniques sur les patients. Nous allons devoir contrôler la situation ou nous laisser contrôler par elle.

**Le sénateur Robertson:** Vous avez probablement raison.

**Le sénateur LeBreton:** Je crois qu'il y a eu des améliorations. Tôt ou tard, nous allons être confrontés à la réalité.

**Docteur Korman,** j'aimerais poser une question précise au sujet de la diapositive 21 qui figure à la page 11 de votre reliure. J'ai été choquée par les données comparatives entre le Canada et les États-Unis concernant les prescriptions de Ritalin. Avez-vous plus de renseignements au sujet de ces données? Les Canadiens prescrivent-ils trop souvent ce médicament, ou sommes-nous moins tolérants à l'endroit des enfants plus actifs? Comment



**Dr. Korman:** I think your question is at the nub of a larger issue. We systemically lack information as to why practice is conducted in various ways. I just recently saw the U.S. numbers, and I am shocked at the difference myself. It may point to Canadian physicians having better information, being more appropriately educated, and using the drugs as prescribed. It is very difficult to tell at this point.

**Senator LeBreton:** When a statistic like that comes up in your study, is there some mechanism to trigger further research? What happens? Does it just sit there as a statistic on a graph?

**Dr. Korman:** We are able to analyze the information down to certain levels of geography. Clearly, we want to first establish whether there is a relationship in the broad population demographics that supports such a differentiation. Within that, we will look at small areas of analysis, or we will look at groups of practitioners.

Going back to the question of the value of the information, this is one of its most valuable uses — comparing groups of practitioners and trying to understand what is happening in their local population area, as well as perhaps within their specialty, their own educational profile, that might explain these variations. We have peeled back some of the correlational variables, but we do not necessarily understand the real cause of the difference. We see that there is variation with socio-economic status of the population and their ability to fill prescriptions or have access to alternative kinds of care. Again, back to the Ritalin example, if one does not have access to psychotherapy, or has limited access to the provincial system, perhaps higher drug utilization is a generally effective alternative. We will see differences in physician profiles that correspond with utilization.

We really are only scratching the surface. This is where one is torn. Yes, the system requires more resources, but yet at the same time we have such a poor understanding of how well the existing resources are used that the choices are not easy to make.

**Senator Fairbairn:** I too was shocked to see this particular graph. I would have thought, if anything, that it would have been perhaps the other way around. Through research, there are new types of therapy being tried and tested and indeed used in Canada that deal with attention deficit disorder problems without focusing on drugs. There is a clinic in Calgary where, through some special type of brain scanning and whatever, they are working on other strategies. Would there be more access to that type of treatment in the United States than there is here? Would the use of Ritalin be more of a solution here because of a lack of some of these developing processes?

expliquer le phénomène? Le savez-vous? Avez-vous eu l'occasion de vous y intéresser?

**Le Dr Korman:** Je pense que votre question soulève un enjeu plus vaste. Les renseignements au sujet des raisons qui expliquent le recours à une pratique de multiples façons font systématiquement défaut. Ce n'est que tout récemment que j'ai vu les chiffres pour les États-Unis, et j'ai moi-même été choqué par la différence. On peut penser que les médecins canadiens sont mieux formés et mieux informés, ou qu'ils ont recours au médicament comme il se doit. Pour le moment, c'est très difficile à dire.

**Le sénateur LeBreton:** Lorsqu'une statistique comme celle-ci se fait jour dans votre étude, y a-t-il un mécanisme qui permette de déclencher la réalisation de nouvelles recherches? Que se passe-t-il? En reste-t-on à une statistique dans un graphique?

**Le Dr Korman:** Nous sommes en mesure d'analyser les données à certains niveaux géographiques. De toute évidence, nous voulons d'abord établir s'il existe un lien entre les données démographiques au sens large qui justifie un tel écart. Dans ce cadre, nous nous intéresserons à certains domaines d'analyse, ou nous nous pencherons sur des groupes de praticiens.

Pour en revenir à la question de la valeur de l'information, on doit conclure qu'il s'agit là de l'une des utilisations les plus précieuses — comparer des groupes de praticiens et tenter de comprendre la situation de leur population locale, sans compter que leur spécialité ou leur profil de formation explique peut-être aussi les écarts. Nous avons épluché certaines des corrélations, mais nous ne comprenons pas nécessairement la véritable cause de l'écart. Nous constatons qu'il existe un écart selon le statut socio-économique de la population et sa capacité d'obtenir des médicaments d'ordonnance ou d'avoir accès à d'autres types de soins. Si, pour en revenir à l'exemple du Ritalin, on n'a pas accès à des services de psychothérapie ou qu'on bénéficie d'un accès limité au régime provincial, le taux d'utilisation plus élevé du médicament constitue peut-être une solution de rechange généralement efficace. Nous constaterons des écarts dans les profils des médecins qui correspondent aux écarts observés dans les utilisations.

Nous n'en sommes encore qu'à la surface. Voilà où nous sommes déchirés. Oui, le système a besoin de plus de ressources, mais, en même temps, la compréhension que nous avons de la qualité de l'utilisation des ressources existantes est si limitée que les choix ne sont pas faciles à faire.

**Le sénateur Fairbairn:** Le graphique en question m'a choquée, moi aussi. J'aurais plutôt cru que c'était le contraire. Par le truchement de la recherche, il existe certains nouveaux types de thérapies qui font l'objet d'essais et de tests et qui, de fait, sont utilisés au Canada et qui ont trait aux problèmes au trouble déficitaire de l'attention, sans qu'on mette l'accent sur les médicaments. À Calgary, il y a une clinique dans laquelle on a eu recours à d'autres stratégies, axées sur un certain type de scanner cérébral, ou je ne sais trop. L'accès à ce type de traitement serait-il plus répandu aux États-Unis qu'ici? Aurait-on plus souvent recours au Ritalin ici faute de certains de ces mécanismes en voie de développement?

**Dr. Coombs:** I will put on my psychologist's hat, which is another hat that I wear, to answer that. Basically, Ritalin-type medication has been used to treat hyperactivity for a lengthy period of time. It is actually a very good medication. It started to lose popularity about a decade ago because, almost exactly as you are saying, there was a feeling that there had to be a better way. A better way has not been found. Canadians, who are much less narco-phobic than Americans, realized that the best thing they could do right now was mediate with methylphenidate and support it with therapy. It has come back into favour because the clinicians out there saw it was the best thing to do. Americans will always be worried about anything that could be subject to abuse. We write many more scrips for codeine, and they write scrips for other things that they think are not addictive, but in fact are, like Darvon. They are narco-phobic and do silly prescribing things in the U.S., whereas in Canada we are more likely to say, "If it helps, we will write a scrip for it and manage the substance abuse risks."

**Dr. Poston:** If you are using methylphenidate as a micro-example of the problems, I think you need to be extremely careful in interpreting data based on small area variation. Let us stick with methylphenidate as the example. First, we need evidence-based medicine to develop prescribing guidelines for the appropriate use of methylphenidate in the management of this disorder. Is it the best choice of treatment or not? Who does it work for, and who does it not work for? Let us get good prescribing guidelines in place. We should be careful, though, that we interpret utilization data correctly and address the quality-of-use issue. If you have a child with attention deficit disorder, you will take that child to the best physician in Ottawa who manages hyperactivity and attention deficit disorder. Certainly that physician will write a lot of prescriptions for that particular drug. You will get clusters like that normally.

This is at the root of our first recommendation. CIHR needs to conduct studies to evaluate the quality of drug use as a priority. You do not know, from these data, whether this drug has been used appropriately or not. Are the right children getting it? Is it being used in the right doses? What are the outcomes? The real need is to dig, as Dr. Korman said, below the surface of the utilization data and get to the quality question, so we know that we have guidelines in place and that drugs are being prescribed and consumed appropriately. All the systems to ensure that need to be in place before we go to a national pharmacare program.

**Le Dr Coombs:** Pour répondre à votre question, je vais coiffer un de mes autres chapeaux, soit celui de psychologue. Essentiellement, on a eu recours aux médicaments comme le Ritalin pour traiter l'hyperactivité au cours d'une période prolongée. En fait, il s'agit de très bons médicaments. Il y a environ dix ans, ils ont commencé à perdre en popularité parce que, à peu près comme vous l'avez dit, on s'est dit qu'il y avait probablement une meilleure solution. On n'en a pas trouvé. Les Canadiens, qui ont beaucoup moins la phobie des médicaments que les Américains, ont compris que la meilleure solution consistait pour le moment à remédier au problème au moyen du méthylphénidate et à une thérapie concurrente. Le médicament est redevenu populaire parce que les cliniciens ont compris qu'il représentait la meilleure solution. Les Américains s'inquiéteront toujours de tout ce qui peut faire l'objet d'abus. Nous prescrivons beaucoup plus de codéine, et ils prescrivent beaucoup plus de produits qui, à leurs yeux, ne créent pas de dépendance, mais qui, en réalité, en créent une, par exemple le Darvon. Les Américains, qui ont la phobie des stupéfiants, ont des pratiques plutôt bizarres en matière de prescription, tandis que, au Canada, nous sommes plus susceptibles de dire: «Si le produit est utile, nous allons le prescrire et gérer les risques d'abus».

**Le Dr Poston:** Si vous utilisez le méthylphénidate comme micro-exemple des problèmes qui se posent, je pense que vous devez faire preuve d'une extrême prudence dans l'interprétation des données fondées sur des écarts observés dans de petites régions. Restons-en à l'exemple du méthylphénidate. D'abord, nous devons nous inspirer de la médecine fondée sur l'expérience clinique pour mettre au point des lignes directrices relatives aux ordonnances qui favorisent une utilisation appropriée du méthylphénidate aux fins de la maîtrise du trouble en question. S'agit-il, oui ou non, du meilleur choix de traitement? Chez qui procure-t-il de bons résultats? Qui sont les patients qui répondent bien au traitement? Qui sont ceux qui y répondent mal? Adoptons de bonnes lignes directrices relatives aux ordonnances. Cependant, nous devrions nous assurer d'interpréter correctement l'utilisation des données et nous intéresser à la question de la qualité de l'utilisation. Si votre enfant est atteint du trouble déficitaire de l'attention, vous le conduirez chez le médecin qui, à Ottawa, traite le mieux l'hyperactivité et le trouble déficitaire de l'attention. Il est clair que le médecin en question prescrira souvent ce médicament particulier. Il est tout à fait normal d'observer de telles concentrations.

C'est ce qui est à la base de notre première recommandation. L'IRSC doit mener des études pour évaluer à titre prioritaire la qualité de l'utilisation des médicaments. D'après les données dont nous disposons, nous ne savons pas si l'utilisation des médicaments a été appropriée ou non. L'administre-t-on aux bons enfants? Utilise-t-on les bonnes doses? Quels sont les résultats? Comme l'a indiqué le Dr Korman, on doit aller plus loin que les données sur l'utilisation et s'intéresser à la question de la qualité. Nous saurons alors que des lignes directrices ont été adoptées et que les médicaments sont prescrits et pris adéquatement. Tous ces systèmes devront être en place avant que nous n'envisagions l'établissement d'un régime national d'assurance-médicaments.



**Dr. Korman:** For additional emphasis, we have tonnes of data, but we lack mechanisms to feed that information back into the system. We know that when information is fed back into the system, it has a material effect. In the right context, it can have a positive effect. I mentioned the Alberta study, "Do Bugs Need Drugs?" It was a public health initiative. Physicians were reacquainted with the prescribing guidelines, and there was a 13 per cent reduction in antibiotic use and a more appropriate use of the various levels of therapy.

The difficulty, by and large, is that many people are data-phobic. It is as if information will be injurious to their misconceptions. People feel that they are doing the best job they can and that they are up to current speed. How many people have you met who have less of an opinion of themselves?

We also have to overcome the context in which information is shared, and it has to be done in an educational, not punitive manner.

We have a big task in first collecting good information, then evaluating it and cycling it back into the system in such a way that it can make a material impact. It will make a material impact.

**Senator Morin:** I have three short comments. My first one is addressed to Dr. Poston. He talked about the bold experiment in Quebec. Was he talking about the introduction of user fees for older patients? Was he talking of the two occasions on which the legislature introduced back-to-work legislation for the pharmacists? Or is it the pharmacare plan, which is by far the most expensive in the country?

I was interested to see Dr. Korman's data. I did not have the information for last year. It has been increasing by between 15 and 17 per cent per year. I see that again, last year, Quebec is on top, at 11 per cent. The other provinces are at 3 per cent, 2 per cent, 4 per cent, and Quebec is at 11 per cent with this pharmacare. This is a bold experiment, as you say.

**Dr. Poston:** Those are excellent questions.

**Senator Morin:** Should I put all my questions first?

Second, I applaud Dr. Korman's point on the need for information. I think it is very important. We will be discussing this information on other occasions. I understand the comments concerning privacy. I note the discussion we had this afternoon about the absolute necessity of having more information on drug utilization, regions, patients and physicians, so we can have feedback. We do not currently have feedback for the physicians or for the regions. I think that is very important. If someone is really showing an unusual pattern for whatever reason, I think there should be feedback.

**Le Dr Korman:** Pour être sûr qu'on comprenne bien, je rappelle que nous disposons d'une tonne de données, mais que les mécanismes qui permettent de les réintroduire dans le système font défaut. Quand elles sont réintroduites dans le système, les données ont un effet considérable. Dans le contexte approprié, elles peuvent avoir un effet positif. J'ai fait allusion à l'étude albertaine, «Do Bugs Need Drugs?» C'était une initiative de santé publique. On a présenté à nouveau aux médecins les lignes directrices relatives aux ordonnances, et on a assisté à une diminution de 13 p. 100 de l'utilisation des antibiotiques et à une utilisation plus appropriée des divers niveaux de thérapie.

Pour l'essentiel, la difficulté tient au fait que de nombreuses personnes ont la phobie des données. C'est un peu comme si l'information allait porter ombrage à leurs idées fausses. Les gens ont le sentiment de faire de leur mieux et d'avoir des connaissances à jour. Combien avez-vous rencontré de personnes qui ne se font pas une haute idée d'elles-mêmes?

Nous devons aller au-delà du contexte du partage de l'information et procéder de façon éducative, et non punitive.

Nous devons d'abord relever le défi considérable qui consiste à colliger des données de bonne qualité, puis à les évaluer et enfin à les réintroduire dans le système de façon qu'elles puissent produire un impact considérable. Elles auront un impact considérable.

**Le sénateur Morin:** J'aimerais faire trois brefs commentaires. Le premier s'adresse au Dr Poston. Il a fait allusion à l'expérience audacieuse du Québec. Parlait-il de l'introduction des frais modérateurs pour les patients âgés? Faisait-il référence aux deux lois de retour au travail que l'assemblée législative a adoptées pour les pharmaciens? Faisait-il référence au régime d'assurance-médicaments, qui est de loin le plus coûteux au pays?

Les données présentées par le Dr Korman m'ont intéressé. Je n'avais pas en main les données pour la dernière année. En fait, on a assisté à une hausse de 15 à 17 p. 100 par année. Je constate que, l'année dernière, le Québec occupe encore une fois le premier rang, avec 11 p. 100. Les autres provinces sont à 3 p. 100, 2 p. 100 et 4 p. 100, tandis que le Québec, avec son régime d'assurance-médicaments, est à 11 p. 100. Vous avez eu raison de dire que l'expérience était audacieuse.

**Le Dr Poston:** Vous soulevez d'excellentes questions.

**Le sénateur Morin:** Devrais-je poser toutes mes questions d'abord?

Deuxièmement, je suis tout à fait d'accord avec le Dr Korman pour dire que nous avons besoin de données. C'est, à mes yeux, très important. Nous aurons d'autres occasions de débattre des données. Je comprends les préoccupations relatives à la protection des renseignements personnels. Je prends acte de la discussion que nous avons eue cet après-midi au sujet de l'absolue nécessité d'un plus grand nombre de données sur l'utilisation des médicaments, les régions, les patients et les médecins, de façon que nous puissions compter sur une rétroaction. À l'heure actuelle, nous n'avons pas de rétroaction pour les médecins ni pour les régions. Je crois que c'est très important. Si, pour une raison ou pour une

I was hoping for more recommendations from our experts concerning the role of the federal government. Much of what we are discussing is really at the provincial level. For example, should we have a national formulary? That would help. The provinces are subjected to many political pressures to introduce new drugs. There is a strong multiple sclerosis lobby in each province, which is okay, and they are trying to bring in new, expensive medication. That is their job. However, it would be easier to have a national formulary, where the federal government, or the provinces with the federal government, could resist those strong political pressures. You see, often all the scientific advice is against putting a new drug on the formulary, but finally the minister bows to political pressure. I personally think that would be a good way of reducing that.

I was expecting more from Dr. Poston concerning pharmacist prescriptions. I am a strong believer in that. You referred to it briefly as far as contraceptives go. I think there is a large field where pharmacist prescriptions could be used more. This would be an important role and would reduce costs. Unfortunately, as you probably know from all the work done south of the border on HMOs, there is no proof that evidence-based utilization of drugs reduces volume. It increases volume. Your example, cholesterol-lowering drugs, do not reduce costs, but increase them, because they are expensive medications and you have to treat 1,000 patients to prevent one case. I am not saying you should not use them, but these are not cost-reducing procedures. They increase costs.

Our major problem right now, as you pointed out, is the fact that we are trying to find ways to reduce costs.

**Dr. Poston:** The bold experiment was the introduction of a universal pharmacare program, particularly the focus on integrating public and private funding. It is the first experiment — perhaps I should not use the word “experiment” — where we have seen a constructive, creative effort to integrate the public and private sectors in funding a pharmacare program. We need to look at that carefully. Now, whether that type of model is reproducible in the rest of country is a matter of debate, because the history of the insurance industry in Quebec is rather special.

autre, on observe chez quelqu'un un schéma inhabituel, il devrait, me semble-t-il, y avoir une rétroaction.

Je m'attendais à ce que nos spécialistes formulent davantage de recommandations concernant le rôle du gouvernement fédéral. Une bonne part des enjeux dont nous avons débattu relève en vérité du provincial. Par exemple, devrions-nous adopter un formulaire national? Cela serait utile. Les provinces sont sujettes à de trop nombreuses pressions politiques pour introduire de nouveaux médicaments. Dans chacune des provinces, on retrouve un fort lobby de la sclérose en plaques, ce qui est très bien, et il s'efforce d'obtenir l'introduction de nouveaux médicaments coûteux. C'est son travail. Cependant, il serait plus facile d'établir un formulaire national grâce auquel le gouvernement fédéral, ou encore les provinces avec l'aide du gouvernement fédéral, pourraient résister à ces fortes pressions politiques. Vous voyez, il arrive souvent que les scientifiques se prononcent tous contre l'inscription d'un nouveau médicament dans le formulaire, alors que le ministre cède enfin aux pressions politiques. Personnellement, je pense qu'il s'agirait d'un excellent moyen de contrer cette tendance.

Je m'attendais à ce que le Dr Poston parle davantage des ordonnances données par les pharmaciens. Pour ma part, j'y crois fermement. Vous y avez fait brièvement allusion à propos des contraceptifs. Je pense qu'il existe un vaste domaine dans lequel on pourrait recourir davantage aux ordonnances données par des pharmaciens. La mesure donnerait aux pharmaciens la possibilité de jouer un rôle important, tout en permettant une réduction des coûts. Malheureusement, comme vous le savez probablement à la lumière des travaux effectués au sud de la frontière sur les organisations de soins de santé intégrés (OSSI), rien ne prouve que l'utilisation des médicaments fondée sur des données scientifiques se traduit par une diminution du volume. Au contraire, elle entraîne une augmentation du volume. Les hypocholestérolémians que vous avez cités en exemple, se traduisent non pas par une réduction des coûts, mais bien plutôt par une augmentation des coûts, parce qu'ils sont coûteux et qu'on doit traiter 1 000 patients pour prévenir un seul cas. Je ne dis pas qu'il ne faut pas les utiliser, mais on ne doit pas y voir une procédure qui entraîne une diminution des coûts. Au contraire, elle les fait augmenter.

Le principal problème auquel nous sommes aujourd'hui confrontés, comme vous l'avez mentionné, c'est le fait que nous tentons de trouver des moyens de réduire les coûts.

**Le Dr Poston:** L'expérience audacieuse à laquelle je faisais allusion, c'est l'introduction d'un régime universel d'assurance-médicaments, en particulier l'accent mis sur l'intégration du financement public et privé. C'est la première tentative du genre — je ne devrais peut-être pas utiliser le mot «expérience» — dans laquelle nous avons été témoins d'efforts constructifs et créatifs d'intégration des secteurs public et privé dans le financement d'un régime d'assurance-médicaments. Nous devons l'étudier avec soin. La question de savoir si un tel modèle pourrait être reproduit ailleurs au pays reste ouverte parce que l'histoire de l'industrie québécoise de l'assurance est relativement particulière.



We have to realize that clearly there were some assumptions made going into the program that have since been proven wrong and have caused problems, and we have seen other problems emerge. However, I give a lot of credit to the Quebec government for seeking to evaluate the changes they made. Most of the provincial governments in Canada have made significant changes to their drug plans but have paid little attention to evaluation. Quebec needs to be given credit for actually putting money into an evaluation of the impact of the program.

The increasing costs we are seeing is a separate issue in Quebec because it has chosen to sustain the international pharmaceutical industry within its borders, and to some extent, public policy on the provincial drug plan reflects a less restrictive approach to the listing of new pharmaceuticals than in other provinces. As a consequence, we are seeing the increases in cost. Those are my comments on the first question.

Do we need a national formulary? We would say yes. In the report we circulated, we discussed that issue and recommended that should happen. I think the advantages outweigh the disadvantages.

As to pharmacists prescribing, we actually have a discussion paper that we prepared for the profession and we are having a very active debate within the profession at the moment about exactly what form pharmacist prescribing should take. As I say, the initial progress has been in British Columbia with emergency contraception, and that model is also being actively looked at in Saskatchewan and in Ontario.

**Dr. Coombs:** To reply to Senator Morin about costs, is there a way you can make a trade-off? I understand your concern. If you started reimbursing for all the cholesterol-lowering medication, that would cost you a lot of money. Perhaps you would save some money on hospitalization, but it seemed to you there would be a net loss. I think that is an interesting position. I certainly think we need to be sceptical about every medication class. Specifically with cholesterol, it is likely that reimbursing for at least a generic drug, because there are some new, good generics in that category, could be cost-effective. Certainly, it is generally a good deal across the board. Antidepressants would be a good example of where the cost of the medication is tiny compared to the associated cost. Basically, you get a different pattern with each one. Without antidepressants, you get a lot of productivity loss because people cannot work, so the meds are cheap compared to that. As for cholesterol, the cost of a death is about \$400,000. That is a very conservative number, assuming that after 65 you have no value. If you die in mid-life, you lose, but just a few deaths can pay for a lot of meds.

Par ailleurs, il est clair que certaines des hypothèses sur lesquelles repose le régime se sont depuis révélées fausses et ont entraîné des problèmes, sans parler d'autres problèmes qui se sont fait jour. Cependant, je dois louer le gouvernement du Québec de chercher à évaluer les modifications apportées. La plupart des gouvernements provinciaux du Canada ont apporté d'importantes modifications à leur régime d'assurance-médicaments, sans accorder une grande importance à l'évaluation. On doit féliciter le Québec d'avoir investi dans l'évaluation de l'impact du régime.

L'augmentation des coûts dont nous sommes témoins représente un enjeu distinct au Québec puisque la province a choisi de soutenir l'industrie pharmaceutique internationale à l'intérieur de ses frontières. Jusqu'à un certain point, la politique stratégique sur le régime provincial d'assurance-médicaments rend compte d'une approche moins restrictive de l'inscription de nouveaux médicaments que celle qu'on retrouve dans d'autres provinces. Ainsi, nous constatons des augmentations de coûts. C'étaient mes commentaires à propos de la première question.

Devrions-nous adopter un formulaire national? Nous dirions que oui. Dans le rapport que nous avons distribué, nous avons analysé la question et recommandé l'adoption d'un tel formulaire. Je pense que les avantages sont supérieurs aux inconvénients.

En ce qui concerne les ordonnances établies par les pharmaciens, nous avons préparé un document de travail pour la profession. Par ailleurs, il y a actuellement un débat des plus actifs au sein de la profession au sujet de la forme exacte que pourrait prendre l'octroi aux pharmaciens du droit de dispenser des ordonnances. Comme je l'ai indiqué, des progrès initiaux ont été réalisés en Colombie-Britannique en ce qui a trait à la contraception d'urgence, et la Saskatchewan comme l'Ontario s'intéressent de près à ce modèle.

**Le Dr Coombs:** Pour répondre à ce qu'a dit le sénateur Morin au sujet des coûts, y a-t-il un compromis possible? Je comprends vos préoccupations. Si on remboursait tous les hypocholestérolémiants, les coûts seraient élevés. Vous réaliseriez peut-être des économies au chapitre des hospitalisations, mais vous avez le sentiment que vous essuieriez une perte nette. Je pense qu'il s'agit d'une position intéressante. À mon avis, on est fondé à se montrer sceptique face à toutes les catégories de médicaments. En ce qui concerne le cholestérol en particulier, il est probable que le remboursement d'un médicament générique tout au moins — dans cette catégorie, on retrouve certains nouveaux médicaments génériques de qualité — serait efficient. Dans un tel cas, il est clair qu'on réaliserait une bonne affaire à tous les points de vue. En ce qui concerne les antidépresseurs, il est certain que le coût des médicaments est minime par rapport aux coûts connexes. Essentiellement, on obtient un schéma différent dans chacun des cas. Sans antidépresseurs, on a affaire à des pertes de productivité considérables parce que les gens ne sont pas en mesure de travailler. En comparaison, les médicaments sont bon marché. Pour ce qui est du cholestérol, un décès coûte environ 400 000 \$. Il s'agit d'une évaluation très prudente tenant pour acquis que les personnes de plus de 65 ans n'ont plus de valeur. Si vous mourez dans la force de l'âge, vous perdez, mais quelques décès seulement peuvent payer pour beaucoup de médicaments.

**The Chairman:** Explain that. That is a wonderful number to pick out of the air. Tell me how you calculate it, roughly.

**Dr. Coombs:** I am referring to mid-life death. This is done by health economists. We are doing it right now in a publication that we are completing. Basically, we look at the productivity of that person on an annualized basis and the number of years they live. Assuming that the day that they retire, they cease to be productive to the world and are worth zero, you still come up with those kinds of numbers. If you die in mid-life, you lose about \$400,000.

**The Chairman:** In your theory, if you die at age 70, it is cost free.

**Dr. Coombs:** Right.

**Senator Morin:** They give you money back.

**The Chairman:** Only an economist could come up with that.

**Dr. Coombs:** That is the way economists think.

**The Chairman:** You have restored all of my natural scepticism about economics.

**Dr. Coombs:** The point is that that is a very conservative number. Does reimbursing meds pay for itself? Usually. Should we be sceptical in each case and make sure the arithmetic works out? Definitely.

**Senator Keon:** There is much talk about a national pharmacare program and so forth. It seems to me that we are going at it all backwards. The whole focus is on the drugs. You have given some examples already, but in reality, the drugs are simply a tool in the management of a disease. If we do not know the outcome of the disease relative to the drugs used, we are just wasting our time, pretty much.

Hypertension is a good example. It is a total mess right now, if you want to be realistic about it. Again, you get the problem of people being on anti-hypertensives that they can afford, because the new ACE inhibitors are not paid for in the plans or are just not being properly managed, and so on. You pointed out already that about only 20 per cent of them are properly managed.

Therefore, if you people are here collectively to try to sell a national pharmacare program, I think it has to target the big diseases that are associated with big drug use. You must have the population health resources and the epidemiological resources in place to see the outcomes of the interventions you are making.

There has been a tremendous amount of good epidemiology done on drugs. I am not suggesting there has not been, but it is all

**Le président:** Expliquez ce que vous nous dites. Il s'agit d'un chiffre merveilleux tiré d'on ne sait où. Expliquez-nous en gros comment vous l'établissez.

**Le Dr Coombs:** Je fais allusion aux personnes qui meurent dans la force de l'âge. C'est un chiffre auquel les économistes sanitaires sont arrivés. Nous nous y intéressons actuellement dans une publication que nous sommes à terminer. Essentiellement, nous examinons la productivité de la personne calculée sur une année et le nombre d'années qu'elle a à vivre. Si on tient pour acquis qu'elle cesse d'être productive dès le moment où elle prend sa retraite et qu'elle n'a dès lors plus de valeur, on aboutit malgré tout à un tel résultat. Si vous mourez dans la force de l'âge, vous perdez environ 400 000 \$.

**Le président:** Si, selon votre théorie, une personne meurt à 70 ans, il n'y a pas de coût.

**Le Dr Coombs:** Exactement.

**Le sénateur Morin:** On vous rembourse.

**Le président:** Il fallait bien un économiste pour en arriver là.

**Le Dr Coombs:** C'est ainsi que les économistes pensent.

**Le président:** Vous venez tout juste de rétablir le scepticisme naturel que j'éprouve face aux sciences de l'économie.

**Le Dr Coombs:** Ce qu'il y a, c'est qu'il s'agit d'une estimation très prudente. Le remboursement des médicaments se paie-t-il tout seul? Habituellement, oui. Devrions-nous faire preuve de scepticisme dans chacun des cas et nous assurer que les calculs se vérifient? Assurément.

**Le sénateur Keon:** On parle beaucoup d'un éventuel régime national d'assurance-médicaments. Il me semble que nous faisons tout à l'envers. On met uniquement l'accent sur les médicaments. Vous avez déjà cité certains exemples, mais, en réalité, les médicaments ne sont qu'un outil utilisé aux fins de la gestion d'une maladie. Si nous ne connaissons pas les conséquences de la maladie en regard des médicaments utilisés, nous ne faisons pratiquement que perdre notre temps.

L'hypertension est un bon exemple. Si on regarde les choses en face, la situation actuelle est un fouillis total. Une fois de plus, on se retrouve avec le problème que présentent des personnes qui prennent des anti-hypertenseurs correspondant à leurs moyens parce que les nouveaux inhibiteurs de l'enzyme de conversion ne sont pas remboursés par les régimes ou encore parce qu'ils ne sont pas traités comme il se doit, et ainsi de suite. Vous avez déjà mentionné qu'environ 20 p. 100 sont traités adéquatement.

Si, par conséquent, les témoins réunis ici veulent me convaincre du bien-fondé de l'établissement d'un régime national d'assurance-médicaments, je crois que le régime en question devra être axé sur les grandes maladies associées à une consommation de médicaments d'importance. Vous devez bien disposer de ressources sur la santé de la population et de ressources épidémiologiques qui permettent de constater les résultats des interventions que vous faites.

Les médicaments ont fait l'objet d'une très grande quantité de bonnes études épidémiologiques. Je ne dis pas le contraire, mais



focused on the drugs and driven by the pharmaceutical companies. It is not focused on the disease.

**Dr. Korman:** Let us think about this globally. I am torn with respect to a pharmacare program. I am not one to advocate a policy or program. On the one hand, we understand that some people lack the means to obtain important drugs. On the other hand, when we look at drug utilization alone, without reference to disease, many studies show that approximately 10 per cent of drug prescriptions are not filled, sometimes for economic reasons, but sometimes because patients do not understand what they were prescribed.

Much research over the last 50 years on patient compliance shows the same results. About one-third of patients take their drugs to therapeutic effect. About one-third do not. That it is a wasted expenditure. One-third take their drugs, depending on the severity of the illness, the symptoms, and a host of other factors.

While we talk about increasing spending and resources in the system, we know at the same time that the efficiency of the utilization of that spending is rather suspect. I often think of my car going down the road, the map is not all that clear, and I have very few gauges. Are we talking about now putting super gas in the tank so we can go that much faster? I am not sure that is the right thing to do.

It occurs to me that we ought to ensure that this country has an excellent water supply, because we know that public health has a material impact far greater than medical intervention. We ought to have excellent nutrition, and that really speaks to some of the causes of disease that manifest themselves in the physician's office.

I am a great supporter of your line of thinking that we have to be much more focused in how we apply resources to the system, as opposed to taking this broad-brush approach and assuming that one program will be the best way to make an impact.

**Dr. Coombs:** I talked about unit costs in my presentation. Perhaps I did not clarify that. I was not speaking of the unit cost of a drug, but of a disease. If you have hypertension, that is our unit. What is the cost to control that unit?

Put aside for a moment how much the rubber gloves or the hospital gurney will cost. Let us look at the cost of the whole package to treat hypertension. I completely agree, we must think of it as a disease entity experienced by a patient. That is my unit. I agree with that.

elles sont toutes axées sur les médicaments et dirigées par les sociétés pharmaceutiques. Elles ne sont pas axées sur les maladies.

**Le Dr Korman:** Posons le problème de façon générale. En ce qui concerne la création éventuelle d'un programme d'assurance-médicaments, je suis déchiré. Je ne fais pas la promotion d'une politique ni d'un régime. D'une part, nous savons que certaines personnes n'ont pas les moyens de se procurer des médicaments importants. Lorsque, d'autre part, nous nous intéressons à la seule utilisation des médicaments, sans égard aux maladies, de nombreuses études montrent qu'environ 10 p. 100 des ordonnances ne sont pas exécutées, parfois pour des raisons économiques, mais aussi parce que les patients ne comprennent pas pourquoi des médicaments leur ont été prescrits.

Une bonne partie des recherches consacrées depuis 50 ans à la conformité des patients fait état des mêmes résultats. Environ le tiers des patients prennent leurs médicaments jusqu'à l'obtention de l'effet thérapeutique souhaité. Environ le tiers ne le font pas. Dans ces cas, on a affaire à un gaspillage. L'autre tiers des patients prennent leurs médicaments, selon la gravité de la maladie, les symptômes et une multitude d'autres facteurs.

Au moment même où nous envisageons d'accroître les dépenses et les ressources affectées au système, nous savons que l'efficacité de ces dépenses est plutôt douteuse. Souvent, je me représente ma voiture sur la route: la carte n'est pas du tout claire, et je dispose de très peu d'indicateurs. Envisageons-nous de faire le plein d'un super carburant à seule fin d'aller plus vite? Je ne suis pas du tout certain que ce soit la bonne chose à faire.

Je me dis que nous devons veiller à ce que le pays mise sur un approvisionnement en eau d'excellente qualité parce que nous savons que la santé publique a un effet substantiel beaucoup plus grand que les interventions médicales. Nous devons également compter sur une nutrition d'excellente qualité, et cette question nous ramène à certaines causes des maladies auxquelles les médecins sont confrontés dans leur cabinet.

Je compte parmi les ardents partisans de votre raisonnement selon lequel nous devons mettre davantage l'accent sur la façon dont nous utilisons les ressources dans le système, par opposition à l'adoption d'une approche tous azimuts en vertu de laquelle on tient pour acquis qu'un programme donné constitue la meilleure façon de produire un impact.

**Le Dr Coombs:** Dans mon exposé, j'ai fait allusion aux coûts unitaires. Peut-être n'ai-je pas apporté toutes les précisions voulues. Je faisais allusion non pas au coût unitaire d'un médicament, mais bien à celui d'une maladie. Si on parle d'hypertension, voilà l'unité utilisée. Combien en coûte-t-il pour contrôler cette unité?

Pendant un moment, oublions combien coûte une paire de gants de caoutchouc ou la civière de l'hôpital. Intéressons-nous aux coûts totaux du traitement de l'hypertension. Je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire que nous devons partir du tout que représente le problème de santé éprouvé par le patient. Voilà l'unité que j'utilise. Je suis d'accord avec ce principe.

**Dr. Poston:** I agree with the comments. You may have noticed that when we called for an investigation of a national pharmacare program, we saw the need to add the principles of efficiency and affordability. We must look at the efficiency issues that Dr. Korman spoke about.

I think the critical point here is that it is an equity issue. Even if you target the big diseases, for example, and have a pharmacological intervention to manage a disease successfully that adds significantly to an individual's quality of life, there are people in the current system in Canada who are denied access to that medication because of their lack of ability to pay. There is an enormous equity issue here in the funding of health care interventions.

**Senator Keon:** That is certainly true. It is a terrible problem. My question to you, though, is how can we look at a solution to that problem? I think, in Dr. Coombs' presentation, he was trying to look down the road at preventing serious consequences at the beginning of a disease.

I have felt for a very long time that our whole health care system is wrong. For example, I have spent my life zeroed in on the heart. I believed if you zeroed in on the heart, you could make an impact on the local population, and we have done that.

If our federal government, for example, could handle the politics of it, and if the ideal drug management of hypertension were addressed and published, I think that would eliminate the problems with the guy walking in and wanting an ACE inhibitor that he cannot afford. I am interested in your thinking.

I enjoyed all of your presentations.

**Dr. Korman:** I am stuck on my theme for life, which is information. There is an enormous amount of waste in the system. Drugs are inappropriately prescribed, for one reason or another, or prescribed and not used. My mind first turns to how we can reduce that waste so those resources become available. You raise an excellent point about equity, and I do not have an easy answer.

I just return to the point that if we can get information back into the field, so that practitioners as well as patients can understand what is good practice, we could say, "Well, here is the ideal." We have a project on the drawing board to feed back to physicians their prescribing profiles and standards of practice.

We do not know their patients and their diagnoses, but it is the beginning of a process where a physician can see the guidelines of best practice and their own practice pattern. This will start to provoke a series of questions in one's mind such as, "Am I doing the best job? How can we get information back?" Obviously, physicians are intent on giving good care or they would not be in

**Le Dr Poston:** Je suis d'accord avec ce qu'ont dit mes collègues. Lorsque nous avons plaidé en faveur d'une enquête sur la mise au point d'un éventuel régime national d'assurance-médicaments, vous aurez remarqué que nous avons insisté sur la nécessité d'ajouter les principes de l'efficacité et de l'abordabilité. Nous devons tenir compte des questions liées à l'efficacité auxquelles le Dr Korman a fait allusion.

L'essentiel, dans le cas qui nous occupe, c'est que nous avons affaire à une question d'équité. Même si on ciblait les grandes maladies, par exemple, et qu'on avait recours à des interventions pharmacologiques pour gérer avec succès une maladie de façon à améliorer grandement la qualité de vie d'une personne, d'autres personnes qui font partie du système actuel canadien n'ont pas droit au même médicament faute de pouvoir en assumer les coûts. La question du financement des interventions dans le domaine de la santé soulève un très grave problème d'équité.

**Le sénateur Keon:** Vous avez tout à fait raison. Il s'agit d'un terrible problème. La question que je vous pose, cependant, est la suivante: comment pouvons-nous envisager une solution? Dans son exposé, le Dr Coombs a, me semble-t-il, tenté d'examiner la possibilité de prévenir les conséquences graves dès les premiers signes d'une maladie.

J'ai depuis longtemps le sentiment que tout notre système de soins de santé est malade. Par exemple, j'ai consacré toute ma vie au coeur. Si on s'intéresse au coeur, on pourra, me semble-t-il, avoir un impact sur la population locale, et c'est exactement ce que nous avons fait.

Si, à titre d'exemple, le gouvernement fédéral pouvait s'occuper des enjeux politiques qui se rattachent à ce débat et que l'on pouvait définir et publier le mode idéal de traitement de l'hypertension au moyen des médicaments, je pense qu'on pourrait éliminer les problèmes liés au patient qui souhaite obtenir un inhibiteur de l'enzyme de conversion au-dessus de ses moyens. Je serais intéressé à vous entendre à ce sujet.

J'ai beaucoup apprécié chacun de vos exposés.

**Le Dr Korman:** J'en reviens invariablement au thème de toute ma vie, à savoir l'information. Le système donne lieu à un incroyable gaspillage. Des médicaments sont prescrits de façon inappropriée, pour une raison ou pour une autre, ou prescrits, mais non utilisés. Je me tourne donc vers ce que nous pouvons faire pour réduire le gaspillage de façon à dégager les ressources qu'il monopolise. Vous soulevez un point très valable au sujet de l'équité, et je n'ai pas de réponse facile à vous donner.

J'en reviens à ce que j'ai dit: si nous pouvions réintroduire l'information sur le terrain, de façon que les praticiens et les patients comprennent ce qu'est une bonne pratique, nous pourrions dire: «Eh bien, voici la situation idéale.» Nous étudions un projet en vertu duquel nous remettrons aux médecins leurs profils de prescription et leurs normes de pratique.

Nous ne connaissons ni leurs patients ni leurs diagnostics, mais nous en sommes aux premiers balbutiements d'une pratique en vertu de laquelle un médecin a accès aux lignes directrices axées sur les pratiques exemplaires et ses propres habitudes. Les praticiens commenceront alors à se poser une série de questions, par exemple: «Pourrais-je faire du meilleur travail? Comment



that occupation. If we can get information back into the system, I think we can recapture some of the resources.

**Senator Morin:** Feedback both to physicians and to regions is very important.

**Senator Robertson:** Dr. Korman, you touched on something that is of great interest — you mentioned safe water, public health, et cetera, that do so much for the health of our people. I am getting away from the pharmaceuticals for the moment, but do you have any information on countries that are doing so much better than we are with sustainable longevity? That is, where you start early to teach people how to live properly and how to conduct their lifestyles, et cetera. Some countries do very well at this. Have you data on that?

**Dr. Korman:** Unfortunately, we do not. However, those are the kinds of questions that we should be asking and answering and finding the outcomes, too.

**Senator Morin:** We are not doing poorly at all. We are second in the world.

**The Chairman:** "Second in the world" in what?

**Senator Morin:** In longevity. If our First Nations had the same health status as other Canadians, we would be by far the first nation in the world. We are not doing that poorly. The health status of Canadians is good. That was in the report that you presented today in the Senate, Mr. Chairman.

**The Chairman:** It is also a very sad comment on the way that we have handled Aborigines.

**Senator Morin:** That is the major problem. What is even more tragic is that this is a federal responsibility.

**The Chairman:** Exclusively.

**Senator Morin:** Yes. We cannot point the finger at anyone else.

**Senator Fairbairn:** Dr. Poston, you touched in your comments on your concern and the concern of the industry over the situation developing in rural areas. One always hears of practitioners being difficult either to find or to retain. I had not focused on the notion of pharmacies and pharmacists in the same way. As it is with so many doctors, is this a question of quality of life in going to rural or remote areas? Is that the same kind of barrier that exists with people in the pharmaceutical and pharmacy business, or is it something else? Is it the ability to earn a living or is it the quality of life?

puis-je obtenir une rétroaction sur ce que je fais?» De toute évidence, les médecins ont à coeur de donner de bons soins, faute de quoi ils feraient autre chose. Si nous sommes en mesure de réintroduire des données dans le système, je pense que nous serons en mesure de récupérer certaines des ressources.

**Le sénateur Morin:** La rétroaction aux médecins et aux régions est très importante.

**Le sénateur Robertson:** Docteur Korman, vous avez évoqué une question d'un grand intérêt — la salubrité de l'eau, la santé publique, et cetera, autant de facteurs qui ont une grande incidence sur la santé des Canadiens. Je m'éloigne des produits pharmaceutiques pendant un instant. Avez-vous de l'information sur les pays qui, du point de vue de la longévité, s'en tirent beaucoup mieux que nous? Comment, en d'autres termes, peut-on commencer à inculquer très tôt dans la vie des gens les principes d'une vie et d'un mode de vie sains, et cetera? Certains pays y réussissent très bien. Avez-vous des données à ce sujet?

**Le Dr Korman:** Malheureusement, non. Cependant, c'est précisément le genre de questions que nous devrions nous poser et auxquelles nous devrions répondre, notamment dans le but de déterminer les résultats.

**Le sénateur Morin:** Nous ne nous tirons pas si mal d'affaire. Nous venons au deuxième rang mondial.

**Le président:** Au deuxième rang mondial de quoi?

**Le sénateur Morin:** De la longévité. Si les membres des Premières nations jouissaient du même état de santé que les autres Canadiens, nous viendrions au premier rang mondial à ce chapitre, et de loin. Nous ne nous tirons pas si mal d'affaire. L'état de santé des Canadiens est bon. Ces données figurent dans le rapport que vous avez présenté au Sénat aujourd'hui même, monsieur le président.

**Le président:** Ce que vous dites constitue également un bien triste commentaire sur le traitement que nous avons réservé aux Autochtones.

**Le sénateur Morin:** C'est le problème principal. Ce qui est encore plus tragique, c'est que cette question relève de la responsabilité du gouvernement fédéral.

**Le président:** Exclusivement.

**Le sénateur Morin:** Oui. Nous ne pouvons pas désigner d'autre coupable.

**Le sénateur Fairbairn:** Dans vos commentaires, docteur Poston, vous avez fait allusion à vos préoccupations et à celles de l'industrie concernant la situation qui se fait jour dans les régions rurales. On dit toujours qu'il est difficile de recruter ou de retenir des praticiens. Je n'avais pas envisagé la situation des pharmacies et des pharmaciens sous le même angle. S'agit-il, comme pour de nombreux médecins, d'une question de qualité de vie dans les régions rurales ou éloignées? Les personnes qui travaillent dans l'industrie pharmaceutique et dans les pharmacies se heurtent-elles au même genre d'obstacle, ou s'agit-il d'autre chose? Le problème a-t-il trait à la capacité de gagner sa vie ou à la qualité de la vie?

**Dr. Poston:** It is a little different from the physician situation. With the store closures that we have seen, pharmacists usually have independent pharmacies in rural areas. Because of the national shortage that we are facing, they are unable to get relief. They decide to take early retirement and close their stores. We have been able to get pharmacists to work in rural areas, but usually the pharmacies there must pay significantly higher wages to attract them. Where there is a shortage, we are seeing a brain drain to south of the border, for example, where higher wages are being paid to attract pharmacists. If the choice is between going to Seattle or to rural Northern British Columbia, people are opting for Seattle. That is the type of effect. It is economic to a certain extent. It is not that people do not want to work in rural areas, but it is becoming increasingly difficult, because of the shortage situation, to get enough people to provide relief, so stores are simply closing.

**Senator Fairbairn:** What can you do about it?

**Dr. Poston:** We have been working closely with HRDC. We have done a situational analysis and we are doing an occupational sector study to try to develop a forecasting model to help us do better human resource planning for pharmacies and to try to predict these cycles. We have seen cycles in human resource requirements for pharmacy and we are trying to evaluate and investigate that more. HRDC is leading an initiative to broaden the perspective by looking at integrated health human resource planning. For example, what do we need a physician to do and where do we need a physician? What do we need a nurse practitioner to do and how should we use nurse practitioners? I have called today for a greater role for pharmacists, particularly in primary health care. Where should we be using pharmacists and how can we make the best use of them? How do we use pharmacy technicians to do more of the routine distributive work? We must look at the big picture in solving the health human resource problem. We are trying to do what we can within our own sector. The problem is that, historically, Canada solved the problem by importing a few more Brits or South Africans. The bad news is that Britain and most of the other English-speaking countries are also experiencing severe shortages of pharmacists. That solution that we have had on the shelf over the years is not available this time.

**Senator Fairbairn:** I will direct my next question to Ms Ouellet and then anyone else can jump in. I have long been

**Le Dr Poston:** La situation est légèrement différente de celle des médecins. En ce qui concerne le phénomène des fermetures d'établissements dont nous avons été témoins, signalons que les pharmaciens en milieu rural exploitent habituellement des pharmacies indépendantes. En raison de la pénurie nationale à laquelle nous sommes confrontés, ils ne sont pas en mesure d'obtenir de l'aide. Ils décident donc de prendre une retraite anticipée et de fermer boutique. Nous avons pu recruter des pharmaciens qui acceptent de travailler en milieu rural, mais habituellement les pharmacies doivent verser des salaires nettement supérieurs pour les attirer. Là où il y a pénurie, nous sommes témoins d'un exode de cerveaux vers le sud de la frontière, par exemple, où on verse des salaires plus élevés pour attirer des pharmaciens. S'ils doivent choisir entre Seattle ou le nord rural de la Colombie-Britannique, les pharmaciens choisissent Seattle. Voilà le genre d'effet avec lequel nous devons composer. Jusqu'à un certain point, il s'agit d'un problème économique. Ce n'est pas tant que les pharmaciens ne veulent pas travailler dans les milieux ruraux. À cause de la pénurie, ils devient de plus en plus difficile de recruter un nombre de pharmaciens suffisant pour soulager ceux qui sont déjà en poste, ce qui entraîne simplement la fermeture d'établissements.

**Le sénateur Fairbairn:** Que pouvez-vous faire pour corriger la situation?

**Le Dr Poston:** Nous travaillons en étroite collaboration avec DRHC. Nous avons réalisé une analyse de la conjoncture, et nous préparons une étude du secteur professionnel pour tenter de mettre au point un modèle de prévision qui nous aidera à mieux planifier les ressources humaines des pharmacies de même qu'à tenter de prédire ces cycles. Nous avons constaté l'existence de cycles dans les besoins en ressources humaines pour les pharmacies, et nous tentons de pousser l'évaluation et l'étude de la question. DRHC dirige une initiative qui vise à élargir la perspective au moyen de la planification intégrée des ressources humaines dans le domaine de la santé. Par exemple, que doit faire un médecin, et où a-t-on besoin d'un médecin? Où a-t-on besoin d'une infirmière, et comment devrions-nous utiliser les infirmières? Aujourd'hui, j'ai plaidé en faveur de l'octroi d'un rôle plus grand aux pharmaciens, particulièrement dans le domaine des soins primaires. Où devrions-nous recourir à des pharmaciens, et quelle est la meilleure utilisation que nous puissions faire de leurs compétences? Comment peut-on confier aux techniciens en pharmacie plus de tâches liées à l'exécution de routine des ordonnances? Nous devons étudier la situation d'ensemble pour régler le problème des ressources humaines dans le domaine de la santé. Nous faisons ce que nous pouvons au sein de notre propre secteur. Le problème, c'est que, traditionnellement, le Canada a réglé le problème en important quelques Britanniques ou Sud-Africains de plus. La mauvaise nouvelle, c'est que la Grande-Bretagne et la plupart des autres pays anglophones sont aussi aux prises avec une grave pénurie de pharmaciens. Pour le moment, nous ne pouvons faire appel à la solution à laquelle nous avons eu recours pendant des années.

**Le sénateur Fairbairn:** J'adresserai ma prochaine à Mme Ouellet, puis les autres témoins pourront intervenir. J'ai



involved with literacy in Canada and the ability of our population to read and write and to communicate in a meaningful way.

I was struck by the report on drug utilization and the emphasis that was placed towards the end on the importance of information, accessing quality information, the expertise required, and your own presentation today. We were talking about other surveys and about information that we get from the OECD, and the very sophisticated information that we get from Statistics Canada. We are told that over 40 per cent of adult Canadians are at risk because of varying degrees of difficulty in daily reading and writing of routine material clearly presented to them that everyone in this room would take totally for granted. That statistic rises to over 60 per cent in older Canadians.

In the work with which I have been involved, I do not think there is anything more frightening than the impact on those who cannot read their medication details and cannot understand instructions. In addition to not having those skills, there are also eyesight problems in older people. Equally as shattering are young mothers, often teens, who have babies and find difficulty even reading a formula box.

Has Health Canada partnered at all in trying to find some way, whether it be with physicians or dentists or pharmacists, to use plain language, plainly and clearly presented, so that when things of vital interest and necessity to a person's health are prescribed, they can be understood and properly carried out?

Some quite terrible things have happened in many cases over the years. There must be a solution. Is this part of the work that you are doing? Is anyone really making an effort to see what we can do? This potentially affects millions of Canadians.

**Ms Ouellet:** I would say that in general terms, this is obviously an important issue for Health Canada. I would not say that we have particularly undertaken any significant initiatives as it relates to the topic today, which is prescription drugs, reading drug labels and understanding interactions and so on. I would say that is an important area where we need to move further in thinking about the impacts of non-compliance — either non-compliance because of confusion about one's medication, or non-compliance because of misreading or the inability to properly understand instructions. Quite frankly, some of the things Dr. Poston talked about with respect to the role of pharmacists are important.

We have been discussing the work on primary health care with the provinces. You may know that some federal funding was provided, as a result of the first ministers' agreement in September, to support provinces in bringing together multi-disciplinary teams of frontline providers to give Canadians that one-stop access to information. This could come from a physician, a pharmacist, a nurse, or some combination of providers who are attempting to work together to meet needs. In fact these primary health care organizations would actually have something of an

longtemps été mêlée à la question de l'alphabétisation au Canada, de même qu'à la capacité des Canadiens de lire, d'écrire et de communiquer de façon significative.

J'ai été frappée par le rapport sur l'utilisation des médicaments et l'accent qu'on met à la fin sur l'importance de l'information, l'accès à des données de qualité et à l'expertise requise, sans parler de votre témoignage d'aujourd'hui. Nous avons fait allusion à d'autres enquêtes et à des données qui proviennent de pays de l'OCDE de même qu'aux données des plus raffinées que procure Statistique Canada. On nous dit que plus de 40 p. 100 des adultes du Canada sont à risque en raison de la difficulté qu'ils éprouvent à des degrés divers à lire et à écrire des textes clairement présentés, aptitude que toutes les personnes ici présentes tiendraient pour acquise. Chez les aînés du Canada, la proportion passe à plus de 60 p. 100.

Dans tout le travail que j'ai fait, je ne sache pas qu'il y ait rien de plus terrifiant que l'impact sur les personnes incapables de lire et de comprendre la posologie de leurs médicaments. En plus de la capacité de lire, on doit tenir compte des problèmes de vision chez les aînés. Le problème des jeunes mères, souvent des adolescentes, qui ont des enfants et qui éprouvent de la difficulté à lire ne serait-ce que les directives pour la préparation du lait maternisé est tout aussi consternant.

Santé Canada a-t-il tenté de conclure des partenariats, avec des médecins, des dentistes ou des pharmaciens, pour préconiser l'utilisation d'une langue claire, simple et lisible, de façon que les intéressés puissent comprendre et utiliser correctement les médicaments de première nécessité et d'intérêt vital qui leur sont prescrits?

Au fil des ans, on a été témoin de nombreux incidents plutôt terribles. Il doit y avoir une solution. Dans vos travaux, vous intéressez-vous à cette question? Quelqu'un réfléchit-il à une solution éventuelle? Le problème touche potentiellement des millions de Canadiens.

**Mme Ouellet:** De façon générale, je dirais qu'il est certain que cette question revêt une grande importance pour Santé Canada. Je n'irai pas jusqu'à dire que nous avons lancé des initiatives majeures portant sur la question à l'étude aujourd'hui, c'est-à-dire les médicaments d'ordonnance, la lecture des étiquettes, la compréhension des interactions, et cetera. À mon avis, il s'agit d'un domaine important dans lequel nous devons approfondir la réflexion sur les impacts de la non-conformité — qu'elle soit imputable à la confusion du patient face au médicament qui lui a été prescrit, à une mauvaise lecture des directives ou à l'incapacité de les comprendre. Franchement, certains des points que le Dr Poston a soulevés en rapport avec le rôle des pharmaciens sont importants.

Nous avons discuté avec les provinces de la question des soins primaires. Vous savez peut-être que, à la suite de l'entente que les premiers ministres ont signée en septembre, le gouvernement fédéral a débloqué des fonds pour aider les provinces à constituer des équipes multidisciplinaires composées de fournisseurs de soins de première ligne afin de doter les Canadiens d'un guichet unique d'information. L'information peut venir d'un médecin, d'un pharmacien, d'une infirmière ou d'un regroupement de fournisseurs qui tentent de travailler de concert pour répondre

outreach function, a needs assessment function, and be able to identify people at risk for a variety of reasons, including literacy, and perhaps not receiving appropriate care or achieving the best outcomes associated with prescriptions or other kinds of interventions.

We have actually done this in, for example, heart health, where we have partnered closely with a variety of professional and voluntary organizations. We have tried to initiate community-based initiatives that can reach out, that can talk about disease and proper courses of treatment, and support individuals. I would certainly agree that this is an important area in the potentially adverse consequences of pharmaceutical use.

**Dr. Poston:** You are correct that we have not done a good job. We are working closely with the Canadian Public Health Association, which currently has a major initiative on literacy and health. We have lobbied Health Canada over the years to address issues like sound-alike, look-alike names, to try to reduce some of the confusion, particularly over non-prescription medicines. Health Canada has an ongoing initiative to look at labelling of non-prescription medicines. That certainly is an issue.

Many pharmacy software systems now enable you to print off an information leaflet to hand to the patient at the time of dispensing. Some of the more sophisticated ones actually allow you to set the level of literacy that you want the leaflet to use. That is not widely available, but the technology to do it is there. We are making some progress.

We developed a program called "Just Checking," which is a simple, 10-question tool for community pharmacists to identify drug-related problems in seniors. We developed that tool with focus groups of seniors, and it was the simple issues that came out. They were not concerned with grand therapeutic dilemmas, but rather with being able to read the label, being able to get the container open, and having something to help them to remember to take their medicines. Those were the grassroots seniors' issues, and the program we developed involved the packaging and the labelling, where we put together a series of tips and guidelines for pharmacists to use to try to make the information more legible. It is an ongoing issue.

A further complication, which involves some of the privacy issues, is that many times, the pharmacist does not see the patient. It is a caregiver, a son, a daughter, a relative, or the neighbour, who visits the pharmacy. One thing that we have called for, and

à des besoins. En fait, les organismes de soins primaires exerceraient en quelque sorte une fonction d'approche ou d'évaluation des besoins. À ce titre, ils seraient en mesure d'identifier les personnes à risque pour un certain nombre de raisons, y compris la capacité de lire et d'écrire, lesquelles ne reçoivent peut-être pas les soins dont elles ont besoin ou ne tirent peut-être pas tous les avantages possibles des médicaments d'ordonnance ou d'autres types d'interventions.

Nous l'avons fait dans le domaine, par exemple, de la santé cardiaque, en travaillant en étroite collaboration avec une diversité d'organisations professionnelles et bénévoles. Nous avons tenté de lancer des initiatives communautaires capables d'effectuer des travaux d'approche, de parler des maladies et des traitements adéquats ainsi que de soutenir les particuliers. Je suis tout à fait d'accord pour dire qu'il s'agit d'un domaine important en ce qui a trait aux conséquences potentiellement néfastes de l'utilisation des médicaments.

**Le Dr Poston:** Vous avez raison de dire que nous n'avons pas fait un très bon travail dans ce domaine. Nous travaillons en étroite collaboration avec l'Association canadienne de santé publique, qui a entrepris une importante campagne liée à l'alphabétisation et à la santé. Au fil des ans, nous avons exercé des pressions auprès de Santé Canada relativement au problème des noms dont l'orthographe ou la prononciation se ressemblent, dans l'espoir d'atténuer la confusion, en particulier en ce qui a trait aux médicaments en vente libre. Dans le cadre d'une initiative permanente, Santé Canada s'intéresse à l'étiquetage des médicaments en vente libre. Il s'agit indubitablement d'un problème.

Bon nombre de systèmes logiciels utilisés dans les pharmacies sont aujourd'hui en mesure d'imprimer un feuillet d'information remis au patient au moment de l'exécution de son ordonnance. Les systèmes les plus perfectionnés vous permettent même de choisir le niveau de complexité de la langue utilisée dans le feuillet. La pratique n'est pas encore répandue, mais la technologie existe bel et bien. Nous réalisons certains progrès.

Nous avons mis au point un programme appelé «Just Checking», soit un questionnaire en dix points simple que les pharmaciens communautaires utilisent pour dépister les problèmes liés aux médicaments chez les aînés. Nous avons mis au point cet outil à l'aide de groupes témoins d'aînés, et ce sont les problèmes simples qui sont ressortis. Ce qui préoccupait les aînés, ce n'était pas les grands dilemmes thérapeutiques. En fait, ils tenaient plutôt à être en mesure de lire l'étiquette, de pouvoir ouvrir le contenant et de disposer d'un instrument qui leur rappelle de prendre leurs médicaments. Voilà les problèmes de base rencontrés par les aînés, et le programme que nous avons mis au point a notamment porté sur le conditionnement et l'étiquetage. C'est ainsi que nous avons conçu une série de conseils et de lignes directrices que les pharmaciens peuvent utiliser pour rendre l'information plus facile à lire. C'est un problème auquel nous continuons de nous intéresser.

Une autre complication, qui soulève des questions liées à la protection des renseignements personnels, tient au fait qu'il arrive souvent que le pharmacien ne voie pas le patient. C'est un soignant, un fils, une fille, un parent ou un voisin qui se rend à la



which has been funded on an experimental basis in some provinces, is having pharmacists do domicile visits to patients in need. Often it is the health visitor, the community nurse, who comes into the pharmacy and says, "Mrs. Smith's medication is in an awful mess. Could you go and see her?" There are compliance aids and various devices that can help with medicine management, but it is one of those really practical areas of everyday patient care where everyone needs to focus on doing a better job.

**Senator Fairbairn:** Particularly when we are getting more and more into the question of home care, which makes it even more difficult.

**Dr. Coombs:** We have suggested a way to do that. We have a national formulary, and if drug company X wants a drug on that formulary, there will be a patient support program, including a 1-800 number that anyone can call to get advice. Furthermore, we will make it an outreach program. Dr. Poston's group will feed us information, or our patient-level system will tell us this patient is not refilling the prescription, and we will call to see if there is a problem. Perhaps they did not understand the instructions. Who will pay for that? The drug company, if they want to be on the formulary. That is the motivator for them. Everyone wins, because they get their drug on the formulary, but we get to see to it that patients use it more effectively and appropriately, and the ones who need help can receive it.

The telephone line is there for any patients who are not renewing or are having trouble. It is worth doing because we are keeping the patients out of hospital or keeping them from dying, which is expensive.

That was my solution. Of course, it goes with a pharmacare program. You have the national formulary in pharmacare. If you want your drug X on the formulary, then this is what you need to do.

**Senator Robertson:** Ms Ouellet, most provinces have some sort of pre-authorization for new drugs through their clinical experts, the panels. Are they working well or not? The only information I have is from Veterans Affairs, who advised that they have saved millions of dollars — I believe \$10 million was the latest figure — by using an expert panel to pre-authorize drugs. Do you have any other information on that?

My second question is also to Ms Ouellet. As you work with the provincial ministers and their staff, are you hearing any constitutional issues being raised on a national pharmacare program?

pharmacie. Nous avons plaidé en faveur de la mise sur pied d'un programme en vertu duquel des pharmaciens se rendent au domicile des patients qui en ont besoin. Certaines provinces ont d'ailleurs financé le programme à titre expérimental. Souvent, c'est le résident en hygiène ou l'infirmière communautaire qui se rend à la pharmacie et dit: «Les médicaments de Mme Unetelle sont un véritable fouillis. Pourriez-vous aller lui rendre visite?» Il existe des aides à la conformité et divers dispositifs qui peuvent faciliter la gestion des médicaments, mais il s'agit à coup sûr d'un aspect pratique des soins de tous les jours dispensés au patient où chacun doit tenter de faire un meilleur travail.

**Le sénateur Fairbairn:** Particulièrement dans le contexte du recours de plus en plus fréquent aux soins à domicile, qui rend la situation encore plus complexe.

**Le Dr Coombs:** Nous avons proposé une façon de procéder. Nous avons un formulaire national, et si la société pharmaceutique X souhaite y faire inscrire un médicament, elle devra mettre sur pied un programme de soutien des patients, y compris un numéro sans frais que toute personne peut composer pour obtenir de l'information. Nous en ferons d'ailleurs un programme d'approche. Le groupe du Dr Poston nous fournira de l'information, ou encore notre système d'information sur les patients nous fournira le nom de ceux qui ne renouvellent pas leurs médicaments, et nous communiquerons avec eux pour déterminer s'il y a un problème. Dans un tel cas, il est possible que les patients n'aient pas compris les directives. Qui épongera la facture? La société pharmaceutique, du moins si elle tient à ce que son médicament soit dans le formulaire. C'est ce qui les motive. Tout le monde gagne. La société pharmaceutique a son inscription, mais, en contrepartie, nous obtenons que les patients utilisent leurs médicaments de façon plus efficace et appropriée et que ceux qui ont besoin d'aide en obtiennent.

La ligne téléphonique vise les patients qui ne renouvellent pas leurs médicaments ou qui éprouvent des difficultés. Le jeu en vaut la chandelle parce que nous réussissons à éviter des hospitalisations ou la mort de patients, qui est en soi coûteuse.

C'était ma solution. Bien entendu, elle doit s'inscrire dans le cadre d'un régime d'assurance-médicaments. Le régime d'assurance-médicaments s'accompagne d'un formulaire national. Si elle souhaite faire inscrire le médicament X sur le formulaire, la société doit faire le nécessaire.

**Le sénateur Robertson:** Madame Ouellet, la plupart des provinces misent sur une forme de préautorisation des nouveaux médicaments qui passe par les spécialistes cliniques ou les comités. Les résultats sont-ils ou non concluants? Les seules informations que je possède me sont venues du ministère des Anciens combattants, où on me dit que l'utilisation d'un comité de spécialistes chargé de la préautorisation des médicaments avait permis d'économiser des millions de dollars — le dernier chiffre était, je crois de dix millions de dollars. Avez-vous des informations à ce sujet?

Ma deuxième question s'adresse également à Mme Ouellet. Les ministres provinciaux et les membres de leur personnel avec qui vous travaillez soulèvent-ils des problèmes constitutionnels face au programme national d'assurance-médicaments?

**Ms Ouellet:** I will deal with the first question first, since the second one is quite "loaded."

The only other jurisdiction that I can comment on is British Columbia. Representatives from British Columbia and I were at a conference that took place earlier this week. Questions have been raised about the extent to which their approach, including the reference-based pricing system and prior approval process, does not permit appropriate access to different medications according to need. They informed us — and this has not yet been published but I understand it will be shortly — that three universities are currently conducting an analysis of the impacts.

The University of Washington is looking at gastric acid suppression drugs, McMaster at anti-angina drugs, and Harvard at ACE inhibitors. They are trying to identify — obviously there are data limitations here — impacts on drug plan costs, as well as unexpected or rising admissions to hospitals or visits to physicians, or other kinds of indicators of "under-treatment," if you will. These data are not available yet.

It is very helpful that British Columbia, and I suspect other provinces, is very concerned about overall health budgets. As much as they must pay attention to the double digit increases in their pharmacare budgets, that cannot be at the expense of inappropriate use of other resources across the system. There is a growing interest in managing not just the drug budgets, but also the overall use of services. That may in fact mean some drug budgets should continue to increase, if it can be proven that that is creating benefits elsewhere in the system and contributing to overall better health.

With respect to pharmacare, a fairly broad proposal was made to governments in the early 1990s that included aspects of what we are talking about here, including national formularies. The issue for the provinces is that they are trying to manage their own resources in ways that best meet the needs of their own populations. That may mean, for example, that if they have a high senior population, then there will be certain demands for access to pharmaceuticals for that population. If they have a high proportion of AIDS patients, then they will need to deal with those needs as well. They are desperately trying to ensure that the drugs they list are appropriate for their citizens. In fact, as some drugs lose their effectiveness and better ones become available, can they actually be removed from the formularies? I would say that there is currently no desire or will to talk about one national formulary because of the need to respond flexibly to their own population needs, which they argue would differ.

**Mme Ouellet:** Je vais d'abord répondre à la première question, parce que la deuxième est relativement «piégée».

La seule autre province à propos de laquelle je puisse faire des commentaires est la Colombie-Britannique. Des représentants de la Colombie-Britannique et moi-même avons assisté à une conférence qui s'est déroulée plus tôt cette semaine. On leur a alors demandé si l'approche utilisée par la province, à savoir le système d'établissement du coût en fonction du produit de référence et le processus d'approbation préalable, ne visait pas à permettre l'accès à différents types de médicaments en fonction des besoins. Ils nous ont informé — il n'y a pas encore de document publié, mais je crois comprendre que ce sera bientôt le cas — que trois universités se penchent actuellement sur les impacts.

L'Université de Washington étudie les agents de suppression de l'acide gastrique, l'université McMaster, les médicaments contre l'angine, et Harvard, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Des établissements tentent de définir — de toute évidence, on se heurte ici à des données limitées — les impacts sur les coûts des régimes d'assurance-médicaments de même que les hospitalisations ou les visites chez le médecin inattendues ou en hausse, ou encore, si vous préférez, d'autres indices de «sous-traitement». Ces données ne sont pas encore disponibles.

Il est très utile que la Colombie-Britannique, au même titre, je crois, que d'autres provinces, se préoccupe au plus haut point des budgets généraux de la santé. Elles ont beau s'intéresser de près aux augmentations supérieures à 10 p. 100 des budgets de leur régime d'assurance-médicaments, elles ne peuvent agir au détriment de l'utilisation adéquate d'autres ressources dans le système. On se préoccupe de plus en plus de la gestion non seulement des budgets affectés aux médicaments, mais aussi de l'utilisation générale des services. Cela signifie que, dans les faits, certains budgets affectés aux médicaments continueront d'augmenter dans la mesure où on pourra prouver qu'ils procurent des avantages ailleurs dans le système et contribuent à un meilleur état de santé général.

En ce qui concerne le régime d'assurance-médicaments, les gouvernements ont, au début des années 90, présenté une proposition relativement générale portant sur des aspects dont il a été question ici, notamment les formularies nationaux. Le problème, c'est que les provinces tentent de gérer leurs ressources de la façon qui répond le mieux aux besoins de leur propre population. Si, par exemple, elles comptent parmi leurs habitants un grand nombre d'ânés, elles feront face à une certaine demande d'accès à des produits pharmaceutiques pour cette tranche de la population. Si, dans la population, on retrouve, un grand nombre de personnes atteintes du sida, les provinces devront également répondre aux besoins des intéressés. Elles tentent désespérément de faire en sorte que les médicaments inscrits répondent aux besoins des citoyens. Au fur et à mesure que certains médicaments perdent de leur efficacité et que des médicaments de meilleure qualité sont proposés, peut-on retirer certains produits du formulaire? Pour le moment, je dirais que les provinces n'ont ni le désir ni la volonté d'évoquer la création d'un formulaire national parce qu'elles doivent bénéficier de la souplesse



**The Chairman:** I have to ask this because of your last sentence. I believe the provinces may well tell you that the needs of their populations differ. I have to believe that although people may say that, there is absolutely no factual basis for it. When you look at 1 million people or more, the basic health needs of the population in the Canadian context are statistically not different at all. Would you agree with that statement, or am I wrong?

**Ms Ouellet:** I would say that is generally true on a population level. At the same time, we do know that the proportion of seniors, the proportion of, for example, HIV-AIDS cases, may vary from province to province, depending upon the make-up of the populations.

**The Chairman:** That has nothing to do with the formulary. That has to do with the usage rate of different drugs on the formulary. I understand that. If you have a population of only seniors, you will have a different usage rate of drugs. It has nothing to do with the common list of drugs.

**Ms Ouellet:** That is true, except that in terms of deciding whether or not to list, most provinces now — and some are asking that it be put in writing — are looking at projected utilization, and therefore total cost to the formulary five or ten years out.

**The Chairman:** That I believe. You are saying — this is really scary — that drugs which happen to be expensive and impact a large portion of the population are less likely to get put on the formulary, because, by definition, they will use up more of the budget than less expensive drugs that affect fewer people. Looking at the problem the way you have described it, which is the way I believe many people who only look at the dollar costs would do, is about as perverse a way of deciding what ought to go on the formulary as I could possibly imagine.

**Ms Ouellet:** I would not describe it exactly as you have done. The decision on whether or not to list is taken on a number of grounds. Obviously the greater therapeutic benefit that this drug will provide over existing drugs is a key factor. "Breakthrough" drugs will have significant therapeutic benefit over what is currently available. Even if the clientele for that drug group is limited, provinces will not refuse to list it because it is high cost. It becomes much more difficult when there is a very moderate or minor benefit over existing treatments. Some provinces will simply want the flexibility to choose not to list. Others may decide that there is enough value for their populations that they do belong on the list. I do not think it is about limiting treatment for any particular high-cost, narrow clientele. Obviously your question is based on constitutional issues.

nécessaire pour répondre aux besoins de leurs populations respectives, qui, soutiennent-elles, diffèrent.

**Le président:** Je dois poser une question en raison de votre dernière phrase. Je peux imaginer que les provinces vous diront que les besoins diffèrent selon les populations. Elles ont beau le dire, il n'y a absolument rien de factuel qui le prouve. Lorsqu'on a affaire à un million de personnes ou plus, les besoins de base des citoyens dans le domaine de la santé ne varient pas du tout du point de vue statistique, dans le contexte canadien en tout cas. Êtes-vous d'accord avec ce que j'avance, ou suis-je dans l'erreur?

**Mme Ouellet:** Je dirais que vous avez généralement raison au niveau de la population. En même temps, nous savons que la proportion d'aînés ou celle, par exemple, de personnes atteintes du VIH-sida, peut varier d'une province à l'autre, selon la composition démographique de chacune.

**Le président:** Cela n'a rien à voir avec le formulaire. La question a plutôt trait au taux d'utilisation des différents médicaments inscrits dans le formulaire. Je comprends cela. Si une population se compose exclusivement d'aînés, le taux d'utilisation des médicaments sera différent. Cela n'a rien à voir avec l'établissement d'une liste commune de médicaments.

**Mme Ouellet:** C'est vrai, sauf que, le moment venu de décider d'inscrire ou non un médicament, la plupart des provinces — et certaines demandent qu'on couche ces données par écrit — s'intéressent à l'utilisation projetée et, par conséquent, au coût total des médicaments inscrits dans cinq ou dix ans.

**Le président:** Je n'en doute pas. Ce que vous nous dites — et c'est effrayant —, c'est que les médicaments qui sont coûteux et qui touchent un vaste segment de la population sont moins susceptibles d'être inscrits dans le formulaire parce que, par définition, ils monopoliseront une part plus grande du budget que les médicaments moins coûteux qui influent sur un moins grand nombre de personnes. La façon d'aborder le problème que vous avez décrite — et c'est ainsi, je crois, que bon nombre de personnes qui ne s'intéressent qu'au coût l'appréhenderont — constitue la façon la plus perverse qui se puisse imaginer de décider des médicaments qui seront inscrits au formulaire.

**Mme Ouellet:** Je ne présenterais pas les choses tout à fait comme vous l'avez fait. La décision d'inscrire ou de ne pas inscrire un document est prise sur la foi d'un certain nombre de critères. De toute évidence, les avantages thérapeutiques plus grands que procure un médicament par rapport à ceux qui existent déjà représentent un facteur-clé. Les médicaments «novateurs» auront des avantages thérapeutiques importants par rapport à ceux qui existent déjà. Même si les clients éventuels d'une telle catégorie de médicaments sont peu nombreux, les provinces ne refuseront pas de les inscrire en raison de leur coût élevé. La situation est beaucoup plus difficile lorsqu'on a affaire à des médicaments qui n'offrent que des avantages très modérés ou mineurs par rapport au traitement existant. Certaines provinces tiennent simplement à conserver la marge de manoeuvre nécessaire pour choisir de ne pas se désinscrire. D'autres décideront peut-être que les médicaments en question offrent à leurs populations des avantages suffisants pour justifier une inscription. Je ne crois pas qu'il s'agisse de limiter les traitements

**The Chairman:** Not my question.

**Ms Ouellet:** The original question was. There will always be a desire to try to balance the resources to meet needs and have the flexibility to decide, particularly on the marginal issues, the extent to which they feel they have the population base that will benefit.

**Dr. Coombs:** Yes, you might have problems with each province over the national formulary, but you can still set one up and say, "This is the national formulary. We recommend you use it." That does not mean every province would adopt it, but most would because it is so much easier just to take it off the shelf. You see, that is what is General Motors does when figuring out what drugs they will reimburse the workers for. They say, "What is the provincial formulary in Ontario? We will just use that." Off-the-shelf formularies are commonly used. It could be a legitimate way to go. Just set up a formulary and then back-sell it over the year.

I think Ms Ouellet is being too nice to the provinces. Imitrex is a migraine drug that is quite expensive per unit. There is huge pressure on the formulary people in each province to say, "Well, perhaps we should de-list it because it is too expensive." They often respond to that pressure, although not always. That is a major part of the dynamic.

We have been dancing around this all afternoon. This "silo effect" is the worst problem. How do you manage a disease when people are trying to manage their own budget silos and fighting over resources, while the poor little patient is getting lost?

**Dr. Poston:** The comments go right to the principle of universality. If you adopt that principle, the logic is 100 per cent correct. We are hearing rhetoric about people managing catastrophic drug plans. This is why the logic seems perverse to Canadians brought up on a publicly funded health care system. Targeted formularies become important. Target the provincial drug plan expenditures of the people who control access through issues like what will cost a lot of money and where will the benefits be. If you adopt the principle of universality, many of the issues disappear.

**The Chairman:** That is why we do not have a universal public health program. We have a universal hospital and doctor program, which is quite different.

offerts à une clientèle limitée et coûteuse donnée. De toute évidence, votre question repose sur des considérations constitutionnelles.

**Le président:** Non, pas la mienne.

**Mme Ouellet:** C'était à tout le moins le cas de la question initiale. On devra toujours composer avec la volonté d'équilibrer les ressources nécessaires pour répondre à la demande et la marge de manoeuvre nécessaire pour décider, en particulier en rapport avec les questions marginales, la mesure dans laquelle on a le sentiment que les citoyens bénéficieront d'avantages.

**Le Dr Coombs:** Oui, il est possible que chacune des provinces soulève des objections à propos du formulaire national, mais on peut malgré tout en créer un et dire: «Voici le formulaire national. Nous vous recommandons de l'utiliser.» Cela ne veut pas dire que toutes les provinces l'adopteront, mais la plupart le feront parce qu'il est beaucoup plus facile d'utiliser quelque chose qui est déjà prêt. Vous voyez, c'est ce que fait la société General Motors le moment venu de décider des médicaments qu'elle remboursera aux travailleurs. Elle dit: «Où est le formulaire provincial de l'Ontario? C'est lui que nous allons utiliser.» On a couramment recours aux formulaires déjà existants. Une telle démarche serait légitime. Nous n'avons qu'à établir un formulaire et, au fil des ans, à convaincre les provinces de l'utiliser.

Je pense que Mme Ouellet est trop gentille à l'endroit des provinces. Il est vrai que c'est un médicament contre la migraine dont le coût unitaire est relativement élevé. Dans chacune des provinces, on exerce d'énormes pressions sur les responsables du formulaire pour les amener à dire: «Eh bien, peut-être devrions-nous "désinscrire" le médicament parce qu'il est trop coûteux.» Ils cèdent souvent à ce genre de pression, mais pas toujours. C'est un des principaux éléments de la dynamique.

Nous avons tourné autour du pot tout l'après-midi. Le principal problème tient à l'effet de cloisonnement. Comment peut-on gérer une maladie lorsque les responsables tentent d'administrer leur propre budget cloisonné et se disputent les ressources disponibles, tandis que le pauvre petit patient ne sait plus où donner de la tête?

**Le Dr Poston:** Les commentaires que nous venons d'entendre nous ramènent tout droit au principe de l'universalité. Si on adopte ce principe, la logique se défend à 100 p. 100. On nous sert toutes sortes d'éléments rhétoriques au sujet des responsables de l'administration de régimes d'assurance-médicaments de type «catastrophe». Voilà pourquoi la logique semble perverse aux Canadiens habitués à un régime de soins de santé public. Les formulaires ciblés sont en voie de devenir importants. Le fait de cibler les dépenses des régimes d'assurance-médicaments provinciaux des personnes qui en contrôlent l'accès au moyen d'enjeux comme ceux-là coûtera très cher. Quels seront les avantages? Si on adopte le principe de l'universalité, bon nombre de problèmes disparaissent.

**Le président:** C'est pourquoi nous n'avons pas de régime universel de santé public. Ce que nous avons, c'est un régime universel d'accès aux hôpitaux et aux médecins, ce qui est relativement différent.



**Senator Cohen:** We heard earlier today that generic drug prices are often higher here than in the United States. Senator Morin says that must be addressed.

The federal-provincial-territorial pharmaceutical task force that is checking pharmaceutical prices also found that some generic drug prices in Canada were higher than their patented equivalents.

I would like to hear your comments. As a layperson, I was always under the impression that generic drugs were less expensive and therefore more accessible. I would like to hear your comment on that too.

**Dr. Poston:** In the succession of reviews and consultations that have gone on with respect to the PMPRB and patent laws over probably the last seven or eight years, our association has consistently called for the mandate to be expanded to cover all drugs paid for in Canada by public plans. Thus, it would cover patented, non-patented, and generics. We would certainly see that as a critical condition if we ever moved to a national pharmacare program.

One of the consequences of Canada's unique compulsory licensing system is decreased competition among generic companies in our market. Although having said that, it is becoming more competitive. Structural changes are at work that will lead to that. There is more competition in the generic market in other countries, particularly in Europe.

**Senator Morin:** We are saying that patented drugs in Canada are between 10 and 15 per cent lower than internationally, while generic drugs are 30 per cent higher. We are not saying that generic drugs are more expensive than patented drugs, we are just comparing them to the international prices. The generics remain cheaper than the patented drugs.

**The Chairman:** The data say we are doing a better job of controlling the cost of patent medicines than we are of generics if the frame of reference is corresponding international prices.

**Ms Ouellet:** The difference is because, as you said, we are doing a very good job now on the patent medicines. Before the PMPRB was established, we were also on the high side on patent drugs relative to those seven comparative countries that I mentioned. We were well above the median. We have been able to reduce the prices of the patented medicines. However, the generics are not price-managed or influenced in the same way.

**Le sénateur Cohen:** Plus tôt aujourd'hui, on nous a dit que les médicaments génériques coûtent souvent plus cher ici qu'aux États-Unis. Le sénateur Morin a affirmé qu'on devait s'attaquer à ce problème.

Le groupe de travail fédéral-provincial-territorial qui s'occupe des questions pharmaceutiques et vérifie le prix des médicaments a également constaté que, au Canada, le prix de certains médicaments génériques était supérieur à celui de leurs équivalents brevetés.

J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet. À titre de profane, j'ai toujours cru que les médicaments génériques étaient moins coûteux et donc plus accessibles. J'aimerais vous entendre à ce sujet.

**Le Dr Poston:** Dans le cadre des multiples consultations et examens qui se sont succédé relativement au CEPMB et aux dispositions législatives sur les brevets au cours des sept ou huit dernières années, je dirais, notre association a sans cesse demandé que le mandat soit élargi de manière à s'appliquer à tous les médicaments remboursés par les régimes publics au Canada. Ainsi, on s'intéresserait aux médicaments brevetés, non brevetés et génériques. Si nous nous dirigeons vers un régime national d'assurance-médicaments, il est certain que nous en ferons une condition essentielle.

L'une des conséquences du régime unique d'octroi obligatoire de licence en vigueur au Canada est l'affaiblissement de la concurrence entre les sociétés qui fabriquent des médicaments génériques au sein de notre marché. Cela dit, le marché en question est de plus en plus concurrentiel. On assiste à des changements structurels qui favoriseront la concurrence. Dans d'autres pays, en particulier en Europe, la concurrence est plus vive au sein du marché des produits génériques.

**Le sénateur Morin:** Ce que nous disons, c'est que, au Canada, les médicaments brevetés coûtent entre 10 et 15 p. 100 de moins qu'ailleurs dans le monde, tandis que les médicaments génériques coûtent 30 p. 100 de plus. Nous ne disons pas que les médicaments génériques coûtent plus que les médicaments brevetés. Nous ne faisons que comparer les uns et les autres aux prix pratiqués ailleurs dans le monde. Les médicaments génériques demeurent moins coûteux que les médicaments brevetés.

**Le président:** Les données montrent que nous réussissons mieux à contrôler le coût des médicaments brevetés que ceux des médicaments génériques lorsqu'on utilise les prix internationaux correspondants comme cadre de référence.

**Mme Ouellet:** Comme vous l'avez dit, la différence s'explique par le fait que nous nous tirons très bien d'affaire au chapitre des médicaments brevetés. Avant l'avènement du CEPMB, le prix des médicaments brevetés était également élevé par rapport à celui des sept pays utilisés à des fins de comparaison que j'ai mentionnés. Nous nous situons au-dessus de la ligne médiane. Nous sommes parvenus à faire réduire le prix des médicaments brevetés. Cependant, le prix des médicaments génériques n'est ni géré ni influencé de la même façon.

**Dr. Coombs:** At the expense of having Dr. Poston never speak to me again, you must remember that you are not selling a generic to a patient, you are selling it to someone who will pass it on. Generic drug companies do a significant amount of work with pharmacies and pharmacy chains. They want to get into the "pharmaceutical good books." The guy who makes Valium has five other competitors making the same drug. The price is about the same. He may offer special perks, goodies, or volume discounts to the pharmacy or pharmacy chain to ensure that the pharmacist dispenses his Valium. There are deals within deals with pharmacists that can be part of that pricing problem.

**Dr. Poston:** Provincial governments are well aware of those issues and are addressing that through some of the reimbursement strategies they are working on.

**The Chairman:** On behalf of all members of the committee, I thank you all for a fascinating two and a half hours.

The committee adjourned.

**Le Dr Coombs:** Au risque que le Dr Poston ne m'adresse plus jamais la parole, j'ajoute qu'il ne faut pas oublier qu'on ne vend pas un médicament générique à un patient: on le vend à quelqu'un qui en assurera la distribution. Les fabricants de médicaments génériques effectuent beaucoup de travail auprès des pharmacies et des chaînes de pharmacies. Ils tiennent à être dans les bonnes grâces des pharmacies. Le représentant qui vend des Valium doit faire face à cinq concurrents qui vendent le même produit. Le prix est à peu près le même. Il est possible qu'il offre des avantages ou des primes, ou encore qu'il consente des escomptes de volume à la pharmacie ou à la chaîne de pharmacies, pour s'assurer que le pharmacien vend son produit. Les ententes conclues avec les pharmaciens dans le cadre des accords existants expliquent peut-être en partie le problème lié à l'établissement des prix.

**Le Dr Poston:** Les gouvernements provinciaux, qui sont au courant de ces problèmes, s'y attaquent au moyen de certaines des stratégies de remboursement qu'ils mettent au point.

**Le président:** Au nom de tous les membres du comité, je vous remercie tous des deux heures et demie fascinantes que vous venez de nous faire vivre.

La séance est levée.







The Senate

# The Health of Canadians - The Federal Role

Interim Report of the Standing  
Senate Committee on Social  
Affairs, Science and Technology

*Chair:*

The Honourable Michael J.L. Kirby

*Deputy Chair:*

The Honourable Marjory LeBreton

March 2001

**Volume One:  
The Story so Far**



The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Interim Report on  
the state of health care system in Canada

*The Health of Canadians – The Federal Role*  
*Volume One – The Story So Far*

*Chair*

The Honourable Michael J. L. Kirby

*Deputy Chair*

The Honourable Marjory LeBreton

MARCH 2001

# TABLE OF CONTENTS

---

ORDER OF REFERENCE.....	iii
MEMBERSHIP.....	iv
FOREWORD.....	v
INTRODUCTION.....	1
CHAPTER ONE: .....	5
Historical Background on Public Health Care Insurance and the Role of the Federal Government in Financing Health Care .....	5
1.1 <i>Federal Role in Health and Health Care</i> .....	5
1.2 <i>Cost-Sharing Arrangements</i> .....	7
1.3 <i>Functioning of the EPF Block Funding</i> .....	11
1.4 <i>The CHST</i> .....	15
1.5 <i>Tax Points versus Cash Transfers</i> .....	20
1.6 <i>The Federal Contribution to Health Care</i> .....	22
1.7 <i>The Need for Stability in Federal Funding</i> .....	24
1.8 <i>Accountability in the Use of Federal Health Care Dollars</i> .....	27
CHAPTER TWO: .....	31
National Principles for Health Care and the Advent of the <i>Canada Health Act</i> .....	31
2.1 <i>The Origins of the Canada Health Act</i> .....	31
2.2 <i>Definition/Interpretation of the National Principles and their Application</i> .....	34
2.3 <i>Enforcement Penalties under the Canada Health Act</i> .....	37
2.4 <i>Is the Canada Health Act Still Relevant?</i> .....	39
2.5 <i>Committee Commentary</i> .....	40
CHAPTER THREE: .....	45
Public Expectations about Health Care.....	45
3.1 <i>Health Care is an Important Public Policy Concern</i> .....	45
3.2 <i>Canadians Are Concerned About Quality, Access and Universality</i> .....	47
3.3 <i>Health Care is a Priority</i> .....	48
3.4 <i>Health Care is a Federal/Provincial Partnership</i> .....	51
3.5 <i>Support for the Principles of the Canada Health Act is High</i> .....	52
3.6 <i>Decreasing Support for User Charges and Private Initiatives</i> .....	53
3.7 <i>Committee Commentary</i> .....	53



<b>CHAPTER FOUR:</b>	<b>57</b>
Trends in Health Care Expenditures.....	57
4.1 <i>Global Trends – From 1975 to 2000</i> .....	58
4.2 <i>Public versus Private Spending</i> .....	61
4.3 <i>Categories of Expenditures</i> .....	63
4.4 <i>International Comparisons</i> .....	65
4.5 <i>Health Care is a Priority in the Provinces</i> .....	70
4.6 <i>Committee Commentary</i> .....	71
<b>CHAPTER FIVE:</b>	<b>73</b>
Health Status and the Concept of Population Health.....	73
5.1 <i>Health Status of Canadians</i> .....	73
5.2 <i>How Does Canada Compare to Other Countries?</i> .....	77
5.3 <i>Health Care Expenditures and Health Status</i> .....	80
5.4 <i>The Concept of Population Health</i> .....	81
5.5 <i>What Makes Canadians Healthy or Unhealthy?</i> .....	87
5.6 <i>Committee Commentary</i> .....	89
<b>CHAPTER SIX:</b>	<b>93</b>
Myths and Realities.....	93
6.1 <i>Myths About Rising Health Care Costs</i> .....	93
6.2 <i>Myths About Public Financing</i> .....	95
6.3 <i>Myths About the Canada Health Act</i> .....	97
6.4 <i>Myths About Privatization</i> .....	102
6.5 <i>Myths About Health Care Utilization</i> .....	107
6.6 <i>Myths About the Health Status of the Population</i> .....	108
6.7 <i>Myths About the Need for Change</i> .....	111
6.8 <i>Myths About Health Care Providers</i> .....	113
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>117</b>
<i>The Next Steps</i> .....	117
<b>APPENDIX A - LIST OF WITNESSES</b>	<b>A-1</b>

## ORDER OF REFERENCE

---

Extract from the *Journals of the Senate* of March 1, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator LeBreton, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

- (a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;
- (b) The historical development of Canada's health care system;
- (c) Health care systems in foreign jurisdictions;
- (d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and
- (e) The role of the federal government in Canada's health care system;

That the papers and evidence received and taken on the subject and the work accomplished during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

ATTEST :

Paul C. Bélisle  
*Clerk of the Senate*



## MEMBERSHIP

---

Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair

The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair

The Honourable Senators :

Catherine S. Callbeck

Erminie J. Cohen

Joan Cook

Jane Marie Cordy

Joyce Fairbairn

Alasdair B. Graham

Janis G. Johnson

Lucie Pépin

Douglas Roche

Brenda Robertson

\* Sharon Carstairs (or Fernand Robichaud)

\* John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

Original Members agreed to by Motion of the Senate :

The Honourable Senators :

Callbeck, \*Carstairs (or Robichaud), Cohen, Cook, Cordy, Graham, Fairbairn, Kirby, Johnson, LeBreton, \*Lynch-Staunton (or Kinsella), Pépin, Roche, Robertson

Other Senators who participated in the work of the Committee during the First Session of the Thirty-Seventh Parliament and the Second Session of the Thirty-Sixth Parliament:

The Honourable Senators :

Atkins, Banks, Keon, Losier-Cool, Mahovlich, Meighen, Morin, Murray, Robichaud F. and Wilson

\* *Ex Officio* members

## FOREWORD

---

Canada's publicly-funded health care system has always sparked emotional discussion. Providing a forum that allows for the rational debate of issues affecting the federal government's role in Canada's health care system is therefore a significant challenge. It is with this goal in mind that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology undertook this study.

This Phase 1 report is the product of our work so far and is the first of five reports. In order to plan for the future, we need to understand how we got to where we are today. This report presents the history of Canada's publicly funded health care system, what we have learned about what factors affect the health status of Canadians, and presents some of the myths and realities surrounding the health care debate. It is the story so far.

Phase 2 will examine the pressures that will be exerted on Canada's health care system over the coming years. Phase 3 will describe how other countries have structured their health care systems, including several countries that have universal health care systems that are significantly different from Canada's. Phase 4 will take the lessons from the first three phases (the past, future pressures, and other countries systems) and will present options for renewal and reform of the federal role in the Canadian health care system. This fourth report will form the basis for a broad discussion and debate with Canadians from all backgrounds and regions of the country. Phase 5 will present the results of this discussion along with the Committee's recommendations for change.

This first report would not have been possible without the assistance of many people from across Canada. We would like to thank the many witnesses who appeared or sent submissions to enlighten us on the history of publicly-funded health care in Canada, the changing health status of Canadians, the challenges we face now, and what can be done to improve our health care system in the future. Although this report is being tabled in the 37<sup>th</sup> Parliament, it could not have been written without the dedicated interest and contribution of the members of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology from the 2<sup>nd</sup> session of the 36<sup>th</sup> Parliament, as well as the many Senators who came to listen to witnesses or to replace one of us temporarily. We look forward to continuing our work in a completely non-partisan, consensus-driven atmosphere.

We hope that you will follow and join in the debate. The sustainability of our most prized social program is at stake. We owe it to ourselves to ensure that its future is debated in a rational, objective way.

The Honourable Michael J.L. Kirby  
Chair

The Honourable Marjory LeBreton  
Deputy Chair





# THE HEALTH OF CANADIANS

## THE FEDERAL ROLE

### VOLUME ONE – THE STORY SO FAR



## INTRODUCTION

---

In December 1999, during the Second Session of the Thirty-Sixth Parliament, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to study the state of the Canadian health care system and to examine the evolving role of the federal government in this area. The Senate renewed the mandate of the Committee in the First Session of the Thirty-Seventh Parliament. The terms of reference adopted by the Senate for the purpose of this study read as follows:

*That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:*

- a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;*
- b) The historical development of Canada's health care system;*
- c) Publicly funded health care systems in foreign jurisdictions;*
- d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and*
- e) The role of the federal government in Canada's health care system.<sup>1</sup>*

In response to this broad and complex mandate, in March 2001, the Committee re-launched its multi-year and multi-faceted study comprising five major phases. Table 1 provides information on each individual phase and their respective timeframes.

---

<sup>1</sup> Debates of the Senate (Hansard), 2nd Session, 36th Parliament, Volume 138, Issue 23, December 16, 1999.



**TABLE 1**  
**HEALTH CARE STUDY:**  
**INDIVIDUAL PHASES AND PROPOSED TIMEFRAMES**

<b>Phases</b>	<b>Content</b>	<b>Timing</b>	<b>Release Of Report</b>
<b>Phase 1</b>	Historical Background and Overview	Winter/Fall 2000	March 2001
<b>Phase 2</b>	Future Trends, Their Causes and Impact on Health Care Costs	Winter/Spring 2001	June 2001
<b>Phase 3</b>	Models and Practices in Other Countries	Winter/Spring 2001	June 2001
<b>Phase 4</b>	Development of Options Paper	Summer 2001	September 2001
<b>Phase 5</b>	Hearings on Options Paper and Development of Final Report and Recommendations	Fall 2001	March 2002

The purpose of this report is to present the evidence obtained in the first phase of the Committee's study on health care. The objectives of Phase One were to:

- retrace the federal government's role in the Canadian health care system, and, more specifically, review the initial federal legislation regarding hospital and medical care;
- reexamine the rationale for the enactment of the *Canada Health Act*;
- look into the evolution of federal funding for health care;
- review the most important facts and trends relating to or affecting the Canadian health care system, in terms of both health care expenditures and health status indicators;
- explore the current thinking about the system, including public opinion and areas of consensus/dissension among recognized Canadian authorities; and
- examine current myths and realities concerning Canada's health care system.

In order to meet the objectives of Phase One, the Committee heard from a wide range of witnesses, including former federal and provincial ministers and deputy ministers, health

economists, experts in Canadian history, public health administration, public policy and health ethics, officials from Health Canada and the Department of Finance, selected health care organizations, Canadian pollsters and representatives from the Canadian Institute for Health Information. We are most grateful for their invaluable contribution.

For the purposes of our study, we defined health care as any activity the primary objective of which is to improve or maintain the health of individuals or to prevent the deterioration of their health. This definition is very broad and encompasses health promotion, disease prevention, health protection, public health and health research, as well as diagnostic services and treatment of disease. It also includes a wide variety of health care delivery sites (hospital, home, community, clinic, etc.) and a broad range of health care providers (physicians, nurses, nurse practitioners, pharmacists, physiotherapists, caregivers, etc.).

Our definition of health care contrasts with the narrow range of health services covered under the *Canada Health Act*, which is limited to hospitals and physician services. Moreover, the shift away from institutional care towards more home care and community care has meant that, increasingly, many important health services are not covered by the Act.

We feel that these two concepts – the broad concept of health care and the narrow application of the *Canada Health Act* – must be put into perspective as solutions for reforming Canada's publicly funded health care system, which is currently centred around the *Canada Health Act*, may lie in adopting a broader vision of health and health care.

This report consists of six chapters. Chapter One provides historical information about public health care insurance in Canada and about the federal government's involvement in health care funding. Chapter Two traces the evolution of nation-wide principles in the Canadian health care system and their implementation and administration by the federal government. Chapter Three discusses past and present public attitudes towards, and public expectations of, the health care system. Chapter Four briefly reviews previous and current trends in health care spending, with comparative data from Canada and other OECD countries. Chapter Five provides information on the health status of Canadians and explains



the concepts of “health determinants” and “population health”. Chapter Six discusses myths and realities in an attempt to clarify many of the misconceptions in order to ensure an informed, fact-based debate on health care.

## CHAPTER ONE:

### HISTORICAL BACKGROUND ON PUBLIC HEALTH CARE INSURANCE AND THE ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT IN FINANCING HEALTH CARE

---

The history of public health care insurance in Canada is a vast, complex and long-standing subject of study. The federal government's role in the context of health care, particularly in terms of financing mechanisms, has changed substantially over the years.<sup>2</sup>

*The delivery and means of financing health services on a universal basis has been a long-standing subject of study. It was the subject of several commissions in the 1930s and 1940s.*

*Abby Hoffman, Senior Policy Advisor, Health Canada (13:1).*

#### 1.1 Federal Role in Health and Health Care

During the Committee's hearings, a few witnesses gave an overview of the basis for the federal role in health and health care. The following is a summary of their observations.

Under the Constitution, the provinces are responsible for delivering health care to the majority of Canadians, but the federal government also has a number of roles and responsibilities in areas that affect health and health care. The first, and most direct, is ensuring access to health care to specific groups of people, including primary care to First Nations and Inuit communities, and other services to the RCMP, Correctional Services, the Armed Forces and veterans.

*While provincial governments have primary responsibility for health care delivery, the field of health is not assigned exclusively to either order of government. There are very well-established and well-developed mechanisms for intergovernmental collaboration in health.*

*Abby Hoffman, Senior Policy Advisor, Health Canada (13:5).*

The second area of responsibility falls under the broad category of health protection. For example, Health Canada regulates the safety and efficacy of pharmaceuticals and medical

---

<sup>2</sup> In this report, the testimony received by witnesses printed in the *Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology* will be hereinafter referred to only by issue number and page number within the text.



devices; the Department of Fisheries and Oceans monitors the safety of the fish and seafood we buy; and Environment Canada watches over our land, air and water quality.

The third federal role in health encompasses health promotion, disease prevention and education strategies. These strategies focus on educating, informing and encouraging individuals to take an active part in enhancing their own health and well-being.

*We currently describe the federal mission in health as being that of helping the people of Canada to maintain and improve their health. We do that through work in three broad areas. One pertains to national health policy and systems, including in particular our publicly funded health care system. The second area pertains to our work in the fields of health promotion and protection, including disease, illness, and injury prevention. The third area pertains to our particular roles with respect to the health and health care services of First Nations and Inuit.*

*Abby Hoffman, Senior Policy Advisor,  
Health Canada (13:5).*

The fourth area of federal involvement is in health research. For 40 years, the federal government provided significant funds to health research through the Medical Research Council (MRC). In 1999, this role was expanded through the creation of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) as MRC's replacement. CIHR is the major federal agency responsible for funding health research in Canada.

The fifth, and perhaps most important, area of federal responsibility is financial support of provincial health care systems. Professor Keith Banting, Director of the School of Policy Studies at Queen's University (Kingston, Ontario), told the Committee that federal involvement in health care delivered by the provinces stems mainly from its constitutional "spending power":

The spending power in our Constitution is assumed to lie with the federal government – to make payments to individuals, to institutions, or to provincial governments, and to make payments even in areas of policy that it does not have the constitutional authority to legislate on or regulate. (...) This authority is not written formally into the Constitution but has been inferred constitutionally from a number of other jurisdictions. This power was core to the development of the welfare state in this country and core to the development of health policy.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Keith Banting (9:62).

Under its spending power, the federal government can spend money that it has raised through taxation or otherwise and set conditions on the disposition of funds. The Committee was told that the federal spending power is the basis for transferring funds to the provinces to be used for health care, and for administering and enforcing the *Canada Health Act*. As we will see below, the federal government's role in financially supporting provincial health care delivery is important and has a long history.

## 1.2 Cost-Sharing Arrangements

Canada's publicly funded health care system – or “Medicare” as it is usually called – has evolved into its present form over five decades. Prior to the late 1940s, private medicine and private insurance dominated health care in Canada, and access to care depended on one's ability to pay.

Tom Kent, a former federal deputy minister and senior policy advisor to Lester B. Pearson, explained that the underlying objective of federal health care policy was essentially to ensure timely access to necessary health services without undue financial impediment:

The number of Canadians who knew life before Medicare will very soon be, if it is not already, a minority. Of course, how life was before was the essential reason Medicare developed. As you all know, before that, treatment could be a financial disaster even for well-to-do people, and many poorer people just did not get care when it was needed. The aim of public policy was quite clearly and simply to change that situation to make sure that people could get care when it was needed without regard to other considerations.<sup>4</sup>

The trend toward universal, publicly financed health care insurance began in 1947 when the province of Saskatchewan introduced a public and universal insurance plan for hospital services. Then, in 1957, the federal government introduced the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* in order to encourage the development of hospital insurance plans in all provinces. Through the provisions of the Act, the federal government offered to share the

---

<sup>4</sup> Tom Kent (13:30).



costs of eligible hospital and diagnostic services with the provinces on a roughly 50-50 basis.<sup>5</sup> As a condition for receiving federal money, the provinces agreed to make insured services available to all their residents, under uniform terms and conditions. By 1961, all provinces had signed agreements establishing public insurance plans that provided universal coverage for in-patient hospital care.

In 1962, Saskatchewan once again led the way by extending public health care insurance to physician services provided outside of hospitals. In 1964, the Royal Commission on Health Services, chaired by the Hon. Justice Emmett Hall, recommended that the federal government establish a public medical care insurance plan similar to that available to residents of Saskatchewan. In response to the report of the Hall Commission, the federal government introduced in 1966 the *Medical Care Act*, under which it paid approximately half the costs of eligible physician services.<sup>6</sup> To qualify for federal funding, provincial medical insurance plans were required to satisfy four conditions relating to: public administration, portability, universality and comprehensiveness. By 1972, all provinces had extended their health care insurance plans to include physician services.

*In 1964, the Royal Commission on Health Services reviewed the health system and recommended that the federal government also enter into agreements with the provinces to share the costs of comprehensive, universal medical care for their residents, sustaining the view that pre-paid access to medically necessary physician care for all Canadians was equitable, cost-effective and socially responsible.*

*Abby Hoffman, Senior Policy Advisor,  
Health Canada, (13:10).*

Also in 1966, the federal government introduced the Canada Assistance Plan (CAP). While the main purpose of this federal-provincial program was to cost-share comprehensive welfare services, it also covered the costs of certain health services required by welfare

---

<sup>5</sup> Payments due to the provinces under the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* were calculated as follows: a province's entitlement in a given year was equal to 25% of the average national per capita cost of the insured services, plus 25% of the cost of the insured services per resident of that province multiplied by the population of that province in that year. Overall, the federal government's contribution was equal to about 50% of the cost of insured services in Canada, although it was more in the provinces where the per capita costs were lower than the national average and less in the other provinces.

<sup>6</sup> Under the *Medical Care Act*, a province's entitlement in a given year was equal to 50% of the average national per capita cost of insured services multiplied by the population of that province in that year. As a result, all provinces received equal per capita transfers, although the federal contribution as a proportion of total provincial expenditures varied from one province to another.

recipients but not funded through Medicare or supplementary provincial health care insurance plans including mainly prescription drugs, as well as dental and vision care.

During our hearings, witnesses identified a number of disadvantages associated with the cost-sharing arrangements under both the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act*.

- unpredictable for the federal government;
- extremely cumbersome to administer;
- inflexible federal funding, which stifled innovation;
- perceived federal intrusion into an area of provincial jurisdiction.

The Hon. Marc Lalonde, a former federal Minister of Health and Minister of Finance, stated that since federal transfers to provinces were tied to provincial health care spending initiatives, shared-cost programs were proving to be expensive for the federal government, and these costs were unpredictable:

As for the federal government (...), [w]e were stuck with paying 50 per cent of what the provinces wanted to spend in the areas covered, without having any say at all on the allocation of funding by the provincial governments. There was at the time a great desire for predictability of the federal government's obligations.<sup>7</sup>

Tom Kent, who is regarded by some as the father of Canadian Medicare, explained that these cost-sharing arrangements were both cumbersome to administer and perceived as an intrusion into an area of provincial jurisdiction:

(...) how were 50 per cent of the costs reckoned? Hospital insurance had been based on provinces signing agreements that required them to give quite detailed undertakings and be involved in a good deal of federal vetting

*Until then, provinces had come forward to present detailed reports on their programming, and federal officials had to make decisions about whether this particular program – for example, a particular home for the elderly – fell inside or outside the terms of the shared-cost program. Many detailed decisions were being made in Ottawa, which, in effect, was a deeper intervention and deeper administrative control over provincial jurisdiction.*

*Keith Banting  
Queen's University ( 9:64).*

---

<sup>7</sup> Hon. Marc Lalonde (15:7).



of what they did. There were objections of principle to that as an intrusion of jurisdiction and a distortion of provincial priorities. Certainly, also very important to both provincial and federal governments, it was very tiresome to administer.<sup>8</sup>

Mr. Lalonde also indicated that the provinces were concerned that funding under the federal legislation was inflexible because it was limited to hospital and physician services. In his view, this generated distortion in the allocation of health care resources and discouraged innovation:

(...) the system in place discouraged innovation and concentrated resources in the most costly areas, namely health, hospital insurance and medical insurance. (...) Over time, we realized that this concept of health care was rather narrow and that there was a less costly alternative to hospitalization for a good many types of treatment. Unfortunately, this alternative was not eligible for cost sharing with the federal government. (...) [For example] the Government of Quebec wanted to set up local community service centres to take the overflow from the hospitals, promote less specialized services and improve accessibility. It however found itself in a situation where it was forced to absorb 100 per cent of the costs.<sup>9</sup>

In 1977-78, the 50-50 federal provincial cost-sharing arrangements were replaced by the Established Programs Financing (EPF), a block funding transfer mechanism that combined federal transfers for hospital services and medical care with transfers for post-secondary education. The same year, the federal government also implemented the Extended Health Care Services Program (EHCSF) to provide financial assistance to provinces for ambulatory care, nursing home intermediate care, adult residential care and home care. Transfers under the EHCSF were tied to the EPF block fund.

*The new system, called block funding, said that the federal government would make a general contribution to the provinces to cover health and post-secondary education. There would no longer be an exact fit between expenditures and transfers – that is, the federal government would make a general transfer that would not be based on what the provinces were spending but would grow over time with the rate of growth in the economy. The amount transferred would be unrelated to how much the province had actually spent.*

*Keith Banting  
Queen's University (9:64).*

---

<sup>8</sup> Tom Kent (13:33).

<sup>9</sup> Hon. Marc Lalonde (15:6-7).

### 1.3 Functioning of the EPF Block Funding

Under the EPF, each province received an equal per capita transfer for health care and post-secondary education. About 70% of all EPF transfers were notionally earmarked for the "health care" component, while the remaining 30% were notionally tied to the "education" component. This breakdown was arbitrary, because EPF was a "block" funding mechanism. Unlike shared-cost programs, EPF transfers were not linked to the provinces' own expenditures on health care and post-secondary education. Furthermore, these percentages did not necessarily reflect equal apportionment at the provincial level, since provinces were able to use EPF transfers according to their own priorities.

EPF entitlements comprised two components, a tax transfer and a cash transfer. Under the tax transfer, the federal government ceded a certain tax room to the provinces through the transfer of tax points. To do this, it reduced its tax rates while the provinces increased their rates by an equivalent amount. This procedure resulted in a reallocation of revenue between the two levels of government: federal revenue was reduced by an amount equivalent to the increase in the provincial governments' revenues. The fiscal burden on taxpayers remained the same because, although they paid more provincial tax, they paid less federal tax.<sup>10</sup> The cash transfer, which was a payment made periodically by cheque, matched the difference between the total EPF entitlement of each province and the value of the tax transfer.

Originally, the basic payment under EPF was calculated on an initial per capita amount, determined in 1975-76, which was then adjusted each year, according to an escalator that reflected the rate of growth in the gross domestic product (GDP)<sup>11</sup> per capita.<sup>12</sup> To

---

<sup>10</sup> Under EPF, the federal tax transfer was 13.5 tax points on personal income tax and one tax point on corporate income tax. The provinces whose fiscal strength was lower than a provincial standard received equalization payments to bring their transfer up to that standard (the provinces making up the standard were Quebec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan and British Columbia). As part of its opting-out agreements, Quebec received a special abatement of 8.5 additional tax points on personal income. Because of this additional abatement, Quebec received a relatively larger share of its federal contribution than the other provinces in the form of transferred tax points and a smaller share in the form of cash. In total, however, Quebec's per capita entitlement under EPF was exactly the same as those of other provinces.

<sup>11</sup> The GDP measures the value of all goods, services and investment in a country during a defined period of time, usually a year.

<sup>12</sup> The initial per capita entitlement amounted to \$144.34 for hospital and medical care, \$68.31 for post-secondary education and \$20.00 for extended health care.



determine the total value of a province's EPF entitlement, the initial per capita amount was multiplied by the escalator and then by the population of that province.

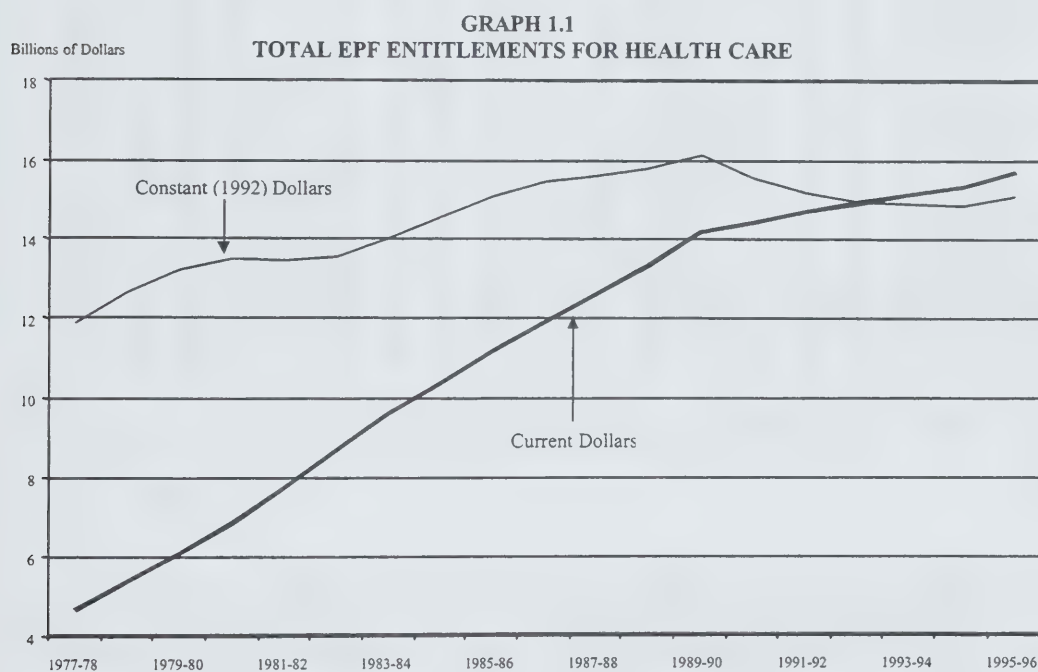
In an effort to reduce the federal deficit, the escalator was modified on several occasions. In 1983-84 and 1984-85, the escalator associated with the education portion of EPF was capped at 6% and 5% respectively (if the formula based on the growth in the GDP per capita had been used, the education component of EPF would have increased by 9% in 1983-84 and by 8% in 1984-85). For all other years, the escalator for post-secondary education was the same as for health care.

From 1986-87 to 1989-90, the escalator used to calculate total EPF entitlements was reduced by 2%. After this period, and until 1994-95, per capita transfers were frozen at their 1989-90 levels, so that increases in transfer payments hinged on population growth in each province (about 1%). For 1995-96, the escalator was decreased by 3% and the result was a negative escalator (almost -1.0%, according to the Federal-Provincial Relations Division of the Department of Finance); this meant a decrease in per capita transfers, given the fact that GDP growth was less than 3%.

Graph 1.1 depicts total EPF entitlements for health care in both current and constant dollars. Expressed in current (nominal) dollars, total EPF transfer payments for health care increased continually, although the growth rate slowed down considerably in the late 1980s. When adjusted for inflation and converted into constant (1992) dollars, however, EPF entitlements for health care began to decline in 1989-90. Because of its deficit and its desire to reduce expenditures, in the late 1980s and early 1990s the federal government gradually levelled off its real contribution to health care to the provinces.

In order to obtain an idea of the magnitude in the reduction of federal funding, we asked the Library of Parliament to estimate the shortfall in provincial revenues due to the constraints on the growth of EPF transfers for health care. Two different ways of computing these losses were used. The first computation results in an estimate of the difference between actual EPF entitlements and the theoretically possible value of federal transfers to provinces

if no changes had ever been made in EPF. The second computation is of a different nature as it compares the legislated changes to the EPF formula from one period to the next one. It yields the difference between actual EPF entitlements for health care and the level of transfers the provinces would have otherwise received if we assume that the formula used in the preceding period had been maintained. The results of these calculations are provided in Table 1.1. While these numbers should be used with caution, it is clear that the provinces incurred continual losses in federal transfers for health care between 1986-87 and 1995-96.



Source: Department of Finance, Special Computation, 21 July 2000, and Library of Parliament.

Some witnesses suggested that, while this might not have been the initial intent of EPF, block funding allowed the federal government to cut its financial commitment to health care. For instance, the Hon. Marc Lalonde commented:

I wish to emphasize that the intent at the time was not to reduce the federal contribution to the services already covered, but it is obvious that subsequent



events proved that it was perhaps easier for the federal government to do this under the 1977 program than previously.<sup>13</sup>

**TABLE 1.1**  
**ESTIMATED SHORTFALLS IN PROVINCIAL REVENUES DUE**  
**TO CONSTRAINTS ON THE GROWTH OF EPF TRANSFERS**  
**FOR HEALTH CARE**

	<b>Results of First Computation</b> <b>(in dollars)</b>	<b>Results of Second Computation</b> <b>(in dollars)</b>
<b>1986-87</b>	226,309,946	226,309,946
<b>1987-88</b>	486,176,584	486,176,584
<b>1988-89</b>	779,908,361	779,908,361
<b>1989-90</b>	1,119,885,311	1,119,885,311
<b>1990-91</b>	2,235,404,086	1,923,289,637
<b>1991-92</b>	3,091,649,580	2,428,407,569
<b>1992-93</b>	3,516,854,362	2,485,271,924
<b>1993-94</b>	3,688,879,572	2,287,699,962
<b>1994-95</b>	3,935,164,742	2,152,824,719
<b>1995-96</b>	4,533,434,766	2,270,889,679
<b>TOTAL</b>	23,613,667,310	16,160,663,692

*Source: Department of Finance and Library of Parliament.*

This, however, was detrimental to the federal government's visibility in the field of health care:

It was obviously more difficult to evaluate the specific federal contribution to each program since you had payments covering a group of programs and since there was no specific allocation, contrary to what had previously been the case (...). Without a doubt this brought a certain reduction of the political visibility of the federal government's contribution.<sup>14</sup>

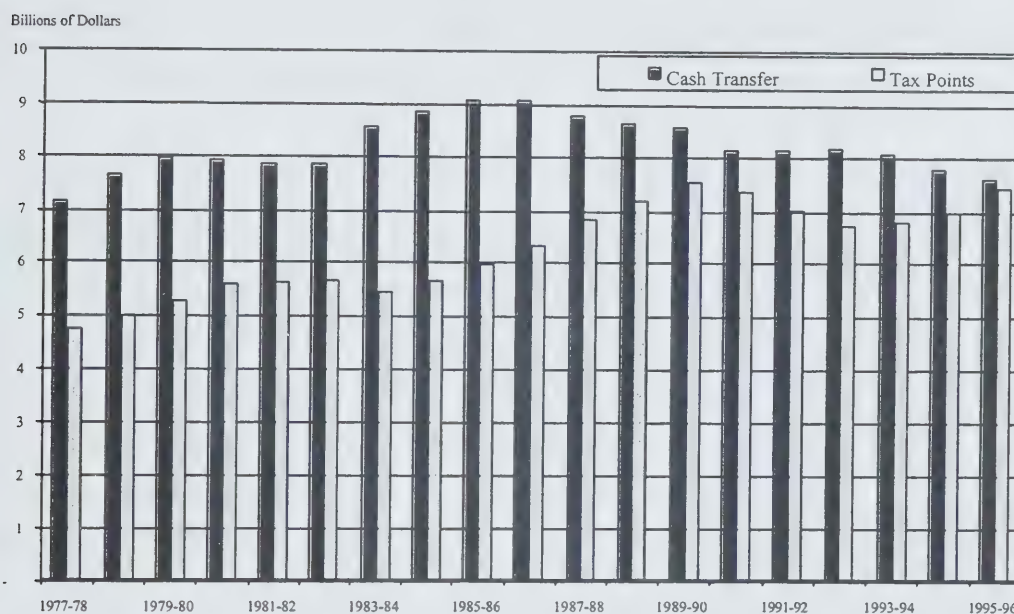
Graph 1.2 shows the diverging paths of transfers in the form of cash and tax points resulting from the limits to the overall rate of growth in EPF entitlements. While the cash transfers for health care declined continually between 1986-87 and 1995-96, the value of the tax transfers increased in real terms in the first half of the 1990s. It became clear that, over the medium term, constraints on the growth rate of EPF entitlements for health care would

<sup>13</sup> Hon. Marc Lalonde (15:7).

<sup>14</sup> *Ibid*

have caused the cash transfers to some provinces to come to an end. The distinction between cash and tax transfers is discussed in more detail in section 1.5 below.

**GRAPH 1.2**  
**EPF CASH AND TAX TRANSFERS IN CONSTANT (1992) DOLLARS**



Source: Department of Finance. Special Computation. 21 Julv 2000. and Library ofParliament.

## 1.4 The CHST

In the Budget Speech of February 1995, the federal government announced its intention to merge the EPF with the CAP into a new block funding mechanism called the Canada Health and Social Transfer (CHST) that would cover transfers for health care, post-secondary education and social assistance. The CHST legislation was implemented for the 1996-97 fiscal year with the coming into force of Bill C-76. Since then, the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, which now governs the CHST, has been modified on five different occasions by the following pieces of legislation: Bill C-31 (1996), Bill C-28 (1998), Bill C-71 (1999), Bill C-32 (2000) and Bill C-45 (2000). Table 1.2 provides the details of the various legislative steps for the CHST.

**TABLE 1.2**  
**A BRIEF HISTORY OF THE CHST**

<b>1995</b>	<p>Budget announced that, starting in 1996-97, EPF and CAP programs would be replaced by CHST block fund. Meanwhile, for 1995-96 (<u>Bill C-76</u>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EPF growth set at GDP growth minus 3 percent.</li> <li>• CAP frozen at 1994-95 levels for all provinces.</li> <li>• CHST entitlements set at \$26.9 billion for 1996-97 and \$25.1 billion for 1997-98.</li> <li>• CHST entitlements for 1996-97 to be allocated among provinces in the same proportion as combined EPF and CAP entitlements for 1995-96.</li> <li>• CHST cash transfer to be obtained residually by subtracting the value of the tax transfer from the total CHST entitlement.</li> </ul>
<b>1996</b>	<p>Budget announced a five-year CHST funding arrangement covering the years 1998-99 to 2002-03 (<u>Bill C-31</u>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• For 1996-97 and 1997-98, CHST entitlements maintained at \$26.9 and \$25.1 billion respectively. Then, for 1998-99 and 1999-00, CHST entitlements fixed at \$25.1 billion. For each subsequent fiscal year, through 2002-03, total CHST entitlements set to increase according to an escalator equal to the average GDP growth for the three preceding years, less a predetermined coefficient (2% in 2000-01, 1.5% in 2001-02 and 1% in 2002-03).</li> <li>• Guaranteed cash floor of at least \$11 billion per year.</li> <li>• A new allocation formula introduced to reflect differences in provincial population growth and to narrow existing funding disparities, moving half-way to equal per capita entitlements by 2002-03.</li> </ul>
<b>1998</b>	<p>Legislation passed putting in place a \$12.5 billion cash floor under the CHST for the years from 1997-98 to 2002-03 (<u>Bill C-28</u>). As a result, total CHST entitlements varied directly with the value of tax points, and CHST cash transfer no longer determined residually.</p>
<b>1999</b>	<p>Budget announced increased CHST funding of \$11.5 billion over 5 years, and this amount was earmarked specifically for health care (<u>Bill C-71</u>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$8 billion provided through increases to the CHST and \$3.5 billion provided through a CHST supplement to give provinces and territories the flexibility to draw down funds over three years as they see fit. One-time cash supplement to be allocated to the provinces on an equal per capita basis.</li> <li>• The cash floor provision was abolished as the amended legislation provided a level of cash transfer over and above the \$12.5 billion limit. Similarly, the escalator used to calculate growth in total CHST entitlements was eliminated since the total entitlement was no more fixed in legislation but varied directly with the cash transfer.</li> <li>• Changes to the provincial allocation formula accelerated the move to equal per capita CHST by 2001-02.</li> <li>• CHST legislation extended program to 2003-04.</li> </ul>
<b>2000</b>	<p>Budget announced a \$2.5 billion increase for the CHST to help provinces and territories fund both post-secondary education and health care (<u>Bill C-32</u>). These funds were paid into a CHST Supplement Fund and allocated on an equal per capita basis. Provinces can draw down their respective share at any time over the course of four years (2000-01 to 2003-04).</p>
<b>2000</b>	<p>The CHST legislation was extended by one year to 2005-06 and the total CHST entitlement was increased by \$21.1 billion over a five year period (<u>Bill C-45</u>). The enriched cash transfer is to cover all the three fields supported by the CHST, including early child development, and be allocated to the provinces on an equal per capita basis.</p>

*Source: Department of Finance (<http://www.fin.gc.ca/fedprove/hise.html>) and Library of Parliament.*



The structure of the CHST is similar to that of the EPF, as the federal transfer of funds involves both cash and tax transfers. Unlike EPF, however, the CHST included a cash floor provision. The cash floor, which was initially set at \$11 billion and then increased to \$12.5 billion in 1997-98, was established to make sure that the growth in the value of tax points would not erode the cash transfer.<sup>15</sup> Many witnesses pointed out that, by bringing in the CHST, the federal government has prevented the erosion of its power to ensure that the provinces comply with the *Canada Health Act*.

The CHST legislation sets out the manner in which the total entitlement is to be allocated among the provinces. Initially, provincial entitlements were not calculated on a per capita basis. Under Bill C-76 (1995), the allocation for fiscal year 1996-97 was based solely on each province's share of the transfers received under the CAP in 1994-95 and under EPF in 1995-96. Then, under Bill C-31 (1996), each province's CHST entitlement for 1997-98 was based on the transfers received under the earlier programs and on the ratio between each province's cumulative population growth and Canada's. From 1998-99 to 2002-03, the allocation formula was to be similar to the one used in 1997-98, but took into account each province's proportion of the country's population, and a weighting coefficient was used in the calculation. This change to the formula was aimed at reducing discrepancies among provinces in the value of per capita transfers but without making equal per capita allocations.<sup>16</sup>

With the enactment of Bill C-71 in 1999, the method of allocating the CHST transfer to the provinces was modified once again. Under the new method, the provincial distribution focuses less on the initial provincial share (based on the former EPF and CAP) and more on the province's demographic weight. As a result, the CHST transfer is moving gradually towards an identical per capita distribution among the provinces. In fact, it is expected that all provinces will receive an equal CHST per capita entitlement by 2001-02.

---

<sup>15</sup> The cash floor provision of the CHST was abolished in 1999 as the amended legislation (Bill C-71) provided a level of cash transfer over and above the \$12.5 billion limit.

<sup>16</sup> The main reason for these discrepancies was the funding disparity under the CAP: the provinces that used to receive a greater than average share under the CAP continued to receive a greater than average share under the CHST.

Equal per capita entitlements are to be achieved on a cash and tax basis, not cash alone. The federal cash contribution, per capita, will still vary from province to province. All equalization-receiving provinces obtain, as in the past, a per capita CHST cash contribution that is higher than the all-province average. This is due to the fact that they need more federal cash, per capita, to bring their entitlements to the national average.<sup>17</sup> By contrast, richer provinces will receive more of their federal support from the tax points and less from cash transfers.

Consequently, if the CHST cash component were to be allocated on an equal per capita basis, the total per capita entitlements would be higher for provinces with higher income than for those with lower income because tax points have a higher value in higher income provinces. In the federal government's opinion, equal per capita entitlements ensure that all provinces receive equitable federal support regardless of differences in provincial governments' revenues and economic growth rates.<sup>18</sup>

As Graph 1.3 shows, important reductions in federal transfers to provinces were implemented when Bill C-76 (1995) created the CHST. From 1995-96 to 1996-97, the total CHST entitlement (expressed in current dollars) decreased by \$3.0 billion or 10%. During the same period, the cash transfer declined even more steeply, by some \$3.7 billion or 20%. In the following year, the overall CHST entitlement was reduced again by \$1.1 billion (or 5%), while the cash transfer decreased by \$2.2 billion (or 15%). The changes legislated by Bill C-28 (1998) and Bill C-71 (1999) reversed the downward trends in both the total CHST entitlement and its cash component.

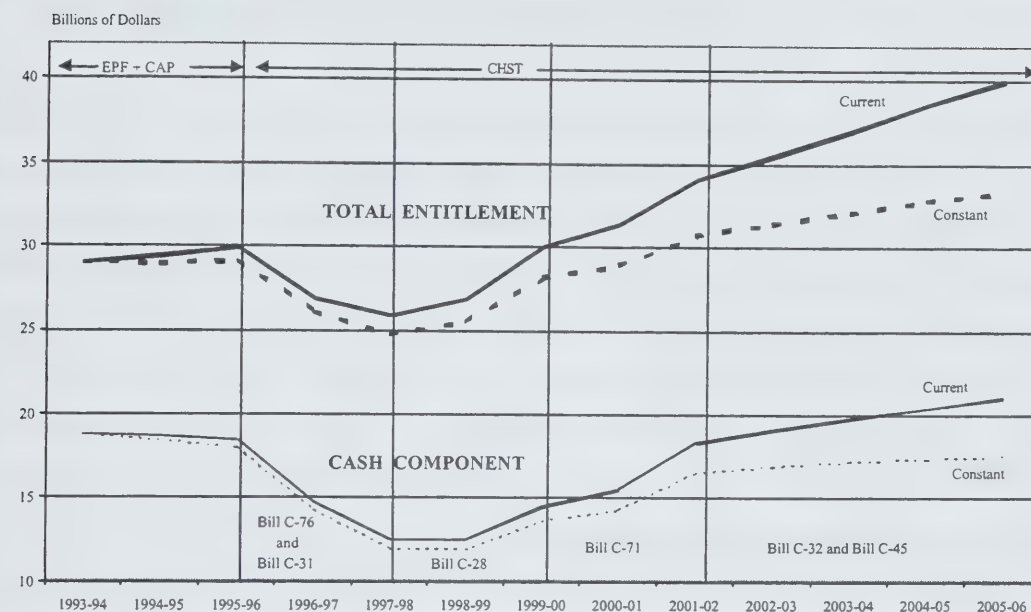
*Clearly, as we all know, the CHST represented a cut in cash transfers at a time of broad cutbacks in federal spending to address the deficit situation. However, the value to the provinces of the tax point portion of the CHST continued to grow as the economy grew.*

*Abby Hoffman, Senior Policy Advisor, Health Canada (13:9).*

<sup>17</sup> Finance Canada, *History of the Canada Health and Social Transfer*, Submission to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 7 June 2000, p. 3.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 6.

**GRAPH 1.3**  
**TOTAL CHST ENTITLEMENT AND CHST CASH COMPONENT**



Source: Finance Canada and Parliamentary Research Branch, Library of Parliament.

Note: The conversion into constant (1993-94) dollars were made by using the implicit price index for government expenditures; an annual growth of 2% was assumed from 2000-01 to 2005-06.

Bill C-32 (2000) and Bill C-45 (2000) together led to substantial growth in both the total CHST entitlement and the CHST cash transfer. Bill C-32 established a CHST supplement fund of \$2.5 billion to be allocated to provinces on an equal per capita basis. Bill C-45 was enacted in response to the federal-provincial health accord reached on September 11, 2000, following a First Ministers' Meeting; it provides additional federal investment of \$21.1 billion in CHST cash transfers. The health accord also resulted in a further \$2.3 billion in federal targeted funding to help the provinces meet health care challenges in three specific areas: acquisition of medical equipment (\$1 billion), health information technology (\$0.5 billion) and primary care reform (\$0.8 billion).

Total CHST entitlement, expressed in current dollars, is expected to reach a new high of close to \$31 billion in 2000-01, slightly above its position prior to the 1996-97 reduction. The CHST cash transfer will match its peak level in 2002-03. However, when converted into constant (1993-94) dollars, the total CHST entitlement will surpass the 1995-96 level only in 2002-03, while the CHST cash transfer will never achieve its peak level of 1993-94.



Meanwhile, the value of the CHST tax transfer is constantly growing: from 1997-98 to 2000-01, a higher proportion of the CHST was provided in the form of tax transfers.

Although the federal government introduced measures to halt cuts in CHST transfer payments and to ensure growth in transfers (namely through bills C-28, C-71, C-32 and C-45), it failed, according to the provinces, to restore the cash portion to previous levels. On a number of occasions, provincial governments called on the federal government to restore the CHST cash transfer to the 1994-95 levels and to include an escalator to ensure appropriate growth in the CHST. In their view, this would be a major step toward stabilizing and sustaining Canada's health care system.<sup>19</sup>

## **1.5 Tax Points versus Cash Transfers**

The federal government and the provinces do not agree on what constitutes the federal contribution to health care because they hold different views on the tax transfer. The federal government believes that cash and tax transfers should be regarded as the same in that both represent a cost to the federal treasury and both contribute to provincial revenues. Therefore, the federal government includes the tax component in the calculation of the overall CHST entitlement.

The provinces, however, do not consider it legitimate to count the value of tax points as part of the CHST transfer. They maintain that the tax points constitute a one-time permanent transfer that occurred 23 years ago and that they are now firmly embedded in the provincial tax room. Moreover, they contend that over the past two decades the federal government has more than recaptured the tax room it ceded to the provinces in 1977. In the view of the provinces:

---

<sup>19</sup> Provincial Premiers and Territorial Leaders, *Letter to the Prime Minister of Canada*, 3 February 2000. A copy of this letter is available on the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat's Internet site at [http://www.scics.gc.ca/cinfo00/85007604\\_e.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo00/85007604_e.html). Also see the following statement: "Premiers' Commitments to their Citizens", 41<sup>st</sup> Annual Premiers' Conference, *News Release*, 11 August 2000 (available at [http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017\\_e.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017_e.html)).

(...) the federal practice of including the tax component has – particularly in recent years – had the effect of making the CHST transfer appear larger than it actually is, and making the CHST cuts appear smaller.<sup>20</sup>

During our hearings, witnesses expressed different views on the tax transfer. In her statement to the Committee, the Hon. Monique Bégin suggested that tax points should be entirely removed from CHST calculations and that only cash should be transferred to the provinces. In her view, this approach would both preserve the federal government's role in establishing and maintaining national principles and enable the provincial governments to rely

*I would just take the tax points out of the way. I think it poisons the whole thing and does not help at all. If it was bad politics, so be it. It was bad politics, but I still believe firmly that it was the only thing they could do at the time. Perhaps they should have given fewer tax points and more cash.*

*Hon. Monique Bégin (16:8).*

on a steady contribution. This suggestion could be implemented only if the federal government agreed to forego the cost it incurred when it initially transferred tax points to the provinces.

By contrast, the Hon. Marc Lalonde held the view that the tax transfer was and still is a valid federal contribution:

I also believe that contribution in tax points should not just be written off on the basis of, "It is gone, so it is gone." It is something that the federal government, at a certain stage, has said we will withdraw. That contribution, in my view, is still there. There is a way of evaluating it, certainly in terms of the contribution of the federal Parliament to provincial programs in the field of health or in the general field of the services covered now with the new system, which includes post-secondary education and health and welfare.<sup>21</sup>

Mr. Lalonde also told the Committee that the tax transfer was, and remains, a reasonable compromise in terms of the federal involvement in an area of primarily provincial jurisdiction. Also, in 1977, it appeared to be the only way to reach an agreement with all provinces:

---

<sup>20</sup> Provincial and Territorial Ministers of Health, *Understanding Canada's Health Care Costs – Interim Report*, June 2000, p. 10.

<sup>21</sup> Hon. Marc Lalonde (15:13).

Fundamentally, it was a political settlement with the provinces. We bought our peace at a certain cost, no doubt. (...) provinces generally felt that the federal government was spending money in what were recognized as provincial matters or provincial jurisdictions. We argued that, indeed, we were using the constitutional spending power that we had. It was clear that these programs would be in operation, we assumed, for a long time. Some provinces had tax points that brought in more money than others, and the provincial governments were insisting that they would feel much more reassured that they were not at the whim of the federal government if at least part of the transfer was in the form of tax points.<sup>22</sup>

Overall, there is no one answer to the whole question of how to account for tax points. Keith Banting suggested that both the perspective of the federal government and the views of the provinces are right:

There is no single answer to the question as to what is the federal contribution to health care. The provinces have taken the view that the transferred tax points are simply part of the tax base of the provinces and that the federal contribution is therefore the cash contribution. The federal government says that, no, its contribution is both the cash transfer and the value of the tax points transferred in 1977, as escalated by growth in the economy. As a consequence, there are two answers to the question regarding the federal contribution to health care. Both the provinces and the federal government are right. They both define the system differently and, in their terms, they are both correct.<sup>23</sup>

## 1.6 The Federal Contribution to Health Care

What is, then, the federal contribution to health care? Under the 1957 and 1966 cost-sharing arrangements, the federal share corresponded to approximately 50% of the eligible hospital and physician services covered under provincial health care insurance plans. It did not correspond to 50% of all public health care costs incurred in the provinces.

When EPF was implemented, a notional portion of the transfer payments was attributed to health care. Under the CHST, however, there is no specific allocation for health care, not

---

<sup>22</sup> Hon. Marc Lalonde (15:10-11).

<sup>23</sup> Keith Banting (9:65).



even a notional one. Therefore, it is not possible to determine exactly how much the federal government spends on health care.

Health Canada provided an estimate of the federal contribution to health care, calculated on the basis of the same notional apportioning among health care, post-secondary education and social assistance as existed in the pre-CHST days under the combined effects of EPF and CAP. This estimate was used to calculate the federal share of provincial government spending on health care.

This information was used to construct Graph 1.4, which depicts the evolution of public health care spending by source of financing from 1977-78 to 2003-04. These data, as reported by Health Canada, show that spending on health care from provincial funds in 1999-00 is expected to amount to 65% of total health care expenditures

*I wish to say that it is difficult (...) to determine exactly how much the federal government spends on health because of the flexibility under the CHST. When one calculates federal contributions to health using the same notional apportioning among health, post-secondary education and social security as existed in the pre-CHST days under the combined effects of EPF and CAP, the federal government is contributing \$1 out of every \$3 spent on health by public authorities in Canada. That is a subject of debate at the moment, but it is undeniable that it is a one-in-three share of public spending.*

*Abby Hoffman, Senior Policy Advisor,  
Health Canada (13:10).*

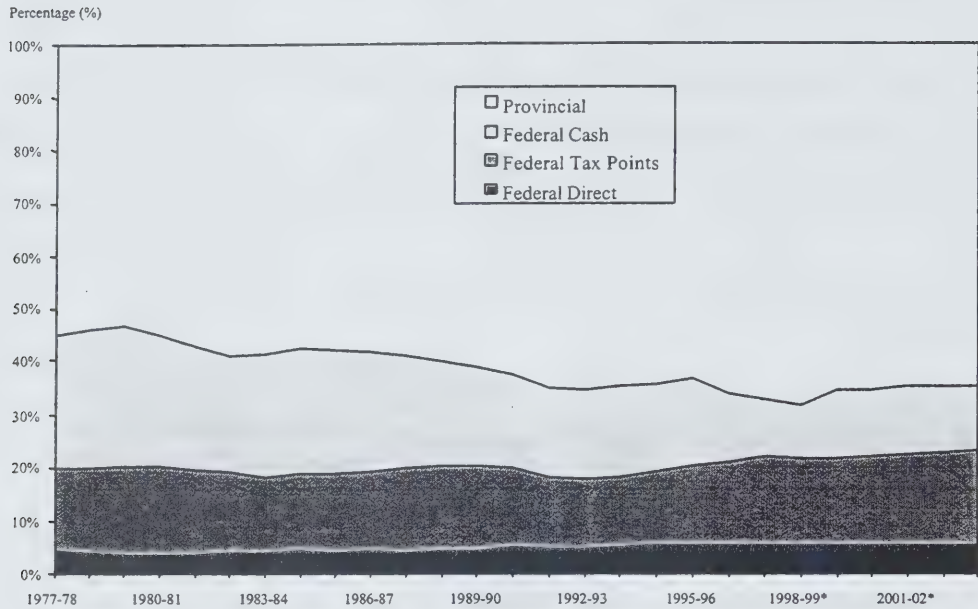
by the public sector. Thus, the federal share for that year is approximately 35%. If tax points are not included as part of the federal contribution, then the proportion of health care spending by provincial governments totals some 82%, while the federal share is 18%.

Health Canada's data also indicate that the provincial governments' share of public health care expenditures has been increasing steadily since the late 1970s, irrespective of the method of calculation used. Concurrently, the estimated federal share has been declining since then. The value of tax transfers and federal direct funds<sup>24</sup> are increasing slightly, but the cash transfer share is largely decreasing. This downward trend could be reversed, however, with the additional federal investment in health care provided in Bill C-45 (2000).

---

<sup>24</sup> Federal direct funds refer to direct health care spending by the federal government in relation to health services for specific groups (Aboriginals, the Armed Forces and veterans), as well as for health research, health promotion and health protection.

**GRAPH 1.4**  
**SOURCE OF HEALTH CARE FUNDING BY THE PUBLIC SECTOR**



Source: Health Canada *Health Expenditures in Canada - Sources of Financing*, and Library of Parliament

## 1.7 The Need for Stability in Federal Funding

According to Tom Kent, subsequent federal governments have, over the years, played a major role in diminishing the federal commitment to health care by restraining the growth or reducing transfer payments to provinces. He stated that federal funding for the purpose of health care should be committed in relation to provincial costs and that stable federal financing would insure uniformity and consistency of provincial health care insurance plans:

As yet, the main attack on Medicare has not come from "two-tierdom," from Mr. Klein or from anyone else. It has come over a good many years from federal governments. Medicare was not built on principles for the provinces alone. It was also built on federal principles, and the crucial federal principle was its commitment to share in the costs of the provinces. That commitment has been increasingly dishonoured ever since 1977, and in 1995 it was completely tossed aside. In 1977, as you know, the form of financing was switched in part to a transfer of taxes instead of a cash transfer. That had its merits, but at the same time the opportunity was taken to de-couple the total from provincial health costs and relate it instead to the GNP. Subsequently, by unilateral federal decisions, that relation was increasingly diminished, and finally, with the CHST, the Canada Health and Social Transfer, all vestige of

a formula was removed. The transfer became an arbitrary sum determined entirely according to federal financial and political convention. Political pressure has since led to some restoration of the original cuts, but there has been no restoration of the principle of federal commitment. (...)

For better or worse, delivering health care is provincial business. There will be collaboration and there can be national consistency if there is federal financial help. However, what is significant is not so much the amount of that help but that, if there is to be the planning of efficient, comprehensive health care, it must be based on an assurance of financing. Part of that financing must be federal if we are to have consistent national programs, and it is important that that federal share be committed in relation to provincial costs.<sup>25</sup>

*In my province, I have seen radical and arbitrary cost cutting, and decisions have been taken that were purely looking at the short term. The Minister of Finance wanted to have a smaller deficit next year, and that was it. We ended up with the early retirement of nurses in Quebec. We made them an offer that they could not refuse. Next thing we knew, we were short of nurses. We are rehiring those willing to come back and paying them hefty remuneration. We are in a situation now where we are even sending people to the United States to be treated at public expense. Surely, this could have been foreseen. Surely, we know what the needs of the population will be over the next few years. It is mind boggling to see situations like this, and it is totally unacceptable. I can understand why there is such an outcry amongst the people in Canada about the current situation and the tendency to say, "A plague on both your governments' houses. It is your job to fix it; get going."*

*I hope that there will arise out of your deliberations a recommendation that the federal government at least look at providing a stable base of financing over the next decade.*

*Hon. Marc Lalonde (15 :23-24).*

Most witnesses agreed on the necessity for stable and predictable federal transfers. However, Guillaume Bissonnette, General Director of the Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch, Finance Canada, told the Committee that the concept of stability of funding should be balanced with the notions of adequacy, affordability and sustainability:

(..) we are trying to balance a number of competing notions. We obviously want to take into account the notion of affordability, which is important. We also want to take into account the notion of adequacy – which, in a sense, is the flip side. How much is adequate? As well, we want to take into account a notion that is talked about frequently on the environmental side, but which I think applies here, too, and that is the concept of sustainability over time and the notion of stability.

<sup>25</sup> Tom Kent (13:34-35).



Of course, there are conflicts between all those pairs of concepts. You cannot make commitments about a stability. They are so strong that when the world changes – and nobody can control what happens in the world - you find that your commitments are no longer sustainable. You do not want to make commitments, for example, about adequacy and then find that those commitments are not affordable – not just by one order of government but by both orders of government.

Thus, in a sense, we are trying to balance all of these notions. Presumably, we are also trying to balance the fact that there are other spending priorities that are also meritorious. Health is important for the future of the country, but so are post-secondary education, research and innovation. They are viewed as key to the development of our country.<sup>26</sup>

During the Committee's hearings, there was no agreement on the mechanism through which more federal transfers for health care and social programs should be provided. Ms. Bégin, for example, suggested that there should be a specific program for home care and primary care. In her view, this should be done under a new piece of legislation which would parallel the *Canada Health Act*.<sup>27</sup>

By contrast, Tom Kent indicated that separate financial support would not be conducive to an integrated, efficient and coordinated system of health care delivery:

I groan, frankly, when I hear talk, in federal circles in particular, of separate financial support for home care or Pharmacare or whatever is the hot button. That would make a political splash, but that sort of division of the total health care service would be disastrous. Health care of high quality can be efficiently delivered according to need, but only if there is coordinated management in the community of the comprehensive services – the components of the whole health care system. Separate bags of money are certainly not the way to reform health care.<sup>28</sup>

The Hon. Claude Castonguay, a former Quebec health minister in the 1960s, also known as the father of Medicare in that province, believes that the federal government should not designate more funds to specific programs of primary care and home care, but should

---

<sup>26</sup> Guillaume Bissonnette (17:12).

<sup>27</sup> Hon. Monique Bégin (16:5).

<sup>28</sup> Tom Kent (13:32).

provide flexible funding that would let provinces allocate money according to their own needs and priorities:

The federal government has proposed to increase the level of its financing through the establishment of a national program of primary care and home care. The provinces find this proposal inappropriate while they are struggling with their existing plans. They know what has to be done and that what they need most is additional funds. Instead of its proposed plan, the federal government could play a much more useful role by bringing to the provinces transitional financial help. The objective would be to give the provinces some room or margin to allow them to develop new approaches and to introduce changes in their plans capable of improving the situation in a durable way. In the middle of the sixties, the federal government created a health resources fund to enable all the provinces to have the human resources and the equipment necessary for the introduction of Medicare. Using that successful initiative as a model, the federal government could create a health transition fund to help the provinces make the necessary changes to their respective plans. The setting up of such a fund, to which it could allocate at least the funds intended for the national primary and home care programs, would give the federal government an essential role fully compatible with its responsibility with respect to health services and the visibility it is seeking in this field. Contrary to a primary and home care national program, this approach had the advantage of not pressuring the provinces into increasing in a permanent way the level of their health expenditures when they are not in a position to finance adequately their existing plans.<sup>29</sup>

## **1.8 Accountability in the Use of Federal Health Care Dollars**

The issue of accountability surfaced on a number of occasions during the hearings. The Committee was told that the notion of accountability for federal dollars has evolved enormously over the years:

(...) there has been an evolution in the notion of accountability. There has been a long, steady evolution away from tracing dollars and tracing inputs to broader, more modern definitions of accountability that have to do with measuring results.

---

<sup>29</sup> Hon. Claude Castonguay, *Canada's Health Care System: An Urgent Need for Change*, Brief to the Committee, pp. 3-4.

One could look back at the history of these transfers, since the Second World War. In fact, there has been a constant search for an accountability link with the dollars being spent. If one looks at that evolution, one sees that, in the 1940s, we started with accountability, meaning that the federal government would actually inspect provincial hospitals to find out whether they met certain standards.

In the 1950s, we moved to a slightly more flexible form of accountability, that is, cost-sharing, where we agreed that we would cost-share a certain well-defined basket of doctor services and hospital services.

With the advent of EPF, we moved, yet again, to another notion of accountability, which was less concerned with the use of inputs and the matching of inputs. It was a form of accountability that basically gave a block fund, had some general principles, and then counted upon the provinces to use the money in a way that respected those general principles.

If we carry the evolution of this practice of accountability right up to the social union framework agreement, we are now seeing accountability being defined much more in terms of results achieved and in terms of outcomes.

In a sense, there has been a shift away from inputs to outputs to broader results. There has been a shift, as well, in the doctrine of accountability and what we mean by accountability.<sup>30</sup>

It is clear that the concept of accountability has changed dramatically over the last forty years or so. The recent shift from evaluating inputs to estimating outcomes is of particular importance. For most of the last century, Medicare was evaluated on the basis of inputs. While we know how public health care funding has been allocated among physicians, institutions, hospital beds and so on, it is astonishing how little we know about how effectively the money has been used. We need to start measuring the quality of the health care system by its outputs, not its inputs. This is essential if we are to know how to spend government funds more wisely.

To do this, we need better information. With better information, governments will be able to make more informed decisions about the management, delivery and financing of health care.



Better information will also ensure that governments are accountable to Canadians for the way in which they spend health care dollars. In Phase Two of its study, the Committee will examine the issues related to health information, including evidence-based and outcome-based decision-making and the potential role of the federal government in this area.

---

<sup>30</sup> Guillaume Bissonnette (17: 11).



## CHAPTER TWO:

### NATIONAL PRINCIPLES FOR HEALTH CARE AND THE ADVENT OF THE *CANADA HEALTH ACT*

---

The fact that the delivery of health care is primarily an area of provincial jurisdiction does not mean that national principles are absent. The federal government has always attached a set of national principles or conditions to its health care contribution, whether cost-shared or block-funded.

#### 2.1 The Origins of the *Canada Health Act*

Both the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* of 1957 and the *Medical Care Act* of 1966 included four explicit conditions for provincial public health care insurance plans – namely universality, public administration, comprehensiveness and portability. They did not, however, contain specific provisions preventing provinces from demanding a financial contribution from patients. Moreover, since federal contributions under cost-sharing arrangements were proportional to provincial government expenditures, the provincial governments had nothing to gain from permitting direct patient charges; the revenue from such charges would in fact have resulted in a reduction in the federal contribution. This implicit reduction mechanism thus strongly deterred provinces from adopting any form of direct patient charges, such as extra-billing or user fees.

In 1977-78, when EPF replaced the shared-costs formula, the conditions attached to both federal acts on hospital services and medical care were retained. However, the implicit mechanism for reduced federal contributions was eliminated, since federal funding was no longer linked to provincial government expenditures. Michael Bliss, professor of history at the University of Toronto, told the Committee that the late 1970s and early 1980s period were marked by an attempt to control health care costs through constraints in the physicians' fee schedule and in hospital budgets. Overall, this resulted in a proliferation of direct patient charges:



In the 1970s, the problem of paying for health insurance quickly became the most serious thing that ministries of health, both provincial and federal, had to face. Immediately, the question of how to contain health care costs came to the fore, and a whole cadre of experts and health care economists grew up to try to give advice to state insurers on how you could stop the escalation of costs. We remember the 1970s of stagflation, in which the overall costs of Canadian social programs began to be a terrible burden on governments. (...) they began to try to squeeze the providers of health care, the hospital system and the physicians in order to try to hold down costs.

The providers responded the way anyone else does when they are squeezed: They began to look for alternatives. The Medicare system of 1968 was a pluralist system that allowed for the freedom of providers to practise outside the system. You could opt out; you could extra bill. It was not surprising, then, in the 1970s, that, as the provincial governments began to squeeze the Medicare fee schedule, more and more practitioners opted out. By the end of the 1970s and early 1980s, a kind of re-privatization occurred in health care. Many people saw the public system as a penny-pinching system and they wanted to work in the private sector where there was more freedom, more protection of incomes, and more possibilities for innovation.

By the early 1980s, we were seeing across the country serious problems in our Medicare system. So many specialists had opted out that, in large parts of the country, it was impossible to have access to certain specialists under Medicare. That was particularly true in obstetrics and gynaecology. The issue of accessibility became very important.<sup>31</sup>

More precisely, extra-billing by physicians was authorized in New Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan and Alberta. In addition, hospital user fees were levied in New Brunswick, Quebec, Alberta and British Columbia.

In 1980, the Health Services Review by Justice Hall reported that health care in Canada ranked among the best in the world, but warned that direct patient charges were posing a threat to the principle of free and universal access to health care throughout the country. In

*The government ended up tabling and obtaining unanimous passage of the Canada Health Act, to fix a problem, which derives, in my opinion, from EPF.*

*Hon. Monique Bégin (16:3).*

response to these concerns, Parliament unanimously passed the *Canada Health Act* in 1984. Abby Hoffman told the Committee that the new Act combined and updated the conditions

---

<sup>31</sup> Michael Bliss (13:37-38).

set out in the two federal acts of 1957 and 1966 and it added accessibility as a fifth criterion. In addition, specific restrictions were added to deter any form of direct patient charges and to provide residents of all provinces with access to health care regardless of their ability to pay:

There were several key points in the *Canada Health Act* worth noting, including the affirmation of universal insurance as the basis for medically necessary hospital and physician services, and the strengthening of the principles of portability, comprehensiveness, and public administration. A fifth criterion, accessibility, was added – that is, reasonable access to medically necessary insured services on uniform terms and conditions. Further, and perhaps most importantly, there was to be an effort to discourage user charges and extra billing. The *Canada Health Act* provided for mandatory dollar-for-dollar deductions from federal transfer payments to any province that permitted user charges or extra billing for insured services.<sup>32</sup>

According to Marc Lalonde, the *Canada Health Act* was adopted in response to the erosion of public health care insurance. Its was not intended as a means of increasing some of the federal visibility that was lost in this field with the advent of EPF block funding:

As to the 1984 Act, I do not think it had anything to do with reasserting our visibility. It had to do with a genuine concern that there was, through the back door, erosion of the basic elements of Medicare generally. Extra billing and additional fees for hospital care were creeping in right and left, and there was a necessity for the federal government to reassert the basic principles that were enshrined in the first legislation and to try to set up regimes that would provide for greater accountability in the way the provinces were using federal funds, in particular, for the public in general and for the federal government.

If you must look for a rationale for the 1984 Act, I do not think you should look for it in terms of trying to recuperate some lost visibility that the federal government did not have or had lost. It was essentially that there was federal legislation that provided for fundamental principles to which the federal Parliament was unanimously attached. We were seeing erosion that, if not stopped at that time, might have led to a dismantling of the whole national system as we knew it.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Abby Hoffman (13:11).

<sup>33</sup> Hon. Marc Lalonde (15:11).

In essence, Mr. Lalonde reiterated that the main objective of Medicare was, as Tom Kent had said, to remove financial barriers to access to health care:

The aim of public policy was quite clearly and simply to (...) make sure that people could get care when it was needed without regard to other considerations.<sup>34</sup>

## 2.2 Definition/Interpretation of the National Principles and their Application

The *Canada Health Act* sets out five major criteria or “national principles” – universality, accessibility, comprehensiveness, portability and public administration. Table 2.1 provides details about each criterion.

**TABLE 2.1**  
**THE FIVE CRITERIA OF THE CANADA HEALTH ACT**

**Public Administration:** requires that the administration and operation of the health care insurance plan of a province be carried out on a non-profit basis by a public authority responsible to the provincial government.

**Comprehensiveness:** requires that all medically necessary services provided by hospitals and doctors be covered under the provincial health care insurance plan.

**Universality:** requires that all residents of a province be entitled to public health care insurance coverage.

**Accessibility:** requires reasonable access unimpeded by financial or other barriers to medically necessary hospital and physician services for residents, and reasonable compensation for both physicians and hospitals.

**Portability:** requires that coverage under public health care insurance be maintained when a resident moves or travels within Canada or travels outside the country (coverage outside Canada is restricted to the coverage the resident has in his/her own province).

*Source: Health Canada, Canada Health Act Annual Report – 1998-1999, Ottawa, 1999, pp. 2-3. This document is available on Health Canada's Internet site at <http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/dwnloade.htm>.*

<sup>34</sup> Tom Kent (13:30).



During her testimony, Abby Hoffman provided a description of the health services to which the *Canada Health Act* applies and does not apply. She made a distinction among the five categories of health services:

- insured services;
- extended health care services;
- supplementary health care services;
- uninsured health services, and
- de-insured services.

Table 2.2 provides examples for each category of health care services and indicates whether or not they are governed by the five conditions of the *Canada Health Act*. Clearly, the federal legislation is very limited: it is centred on medically necessary services provided by hospitals and doctors.

**TABLE 2.2**  
**CATEGORIES OF HEALTH CARE SERVICES**

Type of Services	Examples of Services	Five criteria of the <i>Canada Health Act</i>	Provisions with respect to user charges and extra-billing
<b>Insured Services</b>	Medically necessary hospital and physician services, including some dental care when performed in a hospital	Apply	Apply
<b>Extended Health Care Services</b>	Long term care, adult residential home, some ambulatory care	Do not apply	Do not apply
<b>Supplementary Health Care Services</b>	Prescription drugs outside hospitals, chiropractic services, physiotherapy, dental services	Do not apply	Do not apply
<b>Uninsured Services</b>	Cosmetic surgery, telephone advice by physicians	Do not apply	Do not apply
<b>De-Insured Services</b>	Wart removal, extraction of wisdom teeth	Do not apply	Do not apply

*Source: Abby Hoffman (13:11-12).*

The application of the Act is so restricted that provinces are not required to insure health promotion/prevention services or non-hospital based services of health care practitioners such as chiropractors, physiotherapists or psychologists. The national principles do not apply to extended health care services – nursing homes, adult residential care, home care and ambulatory health care. Although some provinces do insure some of these additional services, Canadians do not have universal and equal access to them.

Moreover, the *Canada Health Act* applies to a shrinking number of services because fewer services are provided now in hospitals. Thanks to new technologies, health services can be provided on an out-patient basis or at home. Hospital stays are shorter and pharmaceutical products sometimes enable us to avoid surgery altogether. When services and prescription drugs are provided outside the hospital, however, they are outside the ambit of the *Canada Health Act*. As a result, these services are not necessarily provided at no cost to patients, nor are they necessarily provided in accordance with the principles of accessibility, comprehensiveness and universality.

Over the years, provinces have expanded the array of services that are eligible for public coverage, either fully or partially. This includes, for example, dental care, vision care and prescription drugs to selected population groups in some provinces, as well as some community care and some home care. These services, once again, do not fall under the *Canada Health Act*. As a result, the range of publicly funded health services varies greatly from province to province. The Committee was told that our health care system, as defined broadly, is becoming less and less uniform:

It is good that provinces have chosen to extend the array of chosen services. The difficulty is that they have not done so uniformly, and we have ended up with fragmentation and something of a patchwork across the country.<sup>35</sup>

While the *Canada Health Act* has managed to obtain consistent public coverage for hospital and physician services across the country, it is clear that its limited focus has led to a lack of

---

<sup>35</sup> Abby Hoffman (13:25).

uniformity in public coverage for the much broader range of health care services which, one suspects, Canadians would like to receive under their publicly funded health care system.

### **2.3 Enforcement Penalties under the *Canada Health Act***

Provinces must comply with the five conditions of the *Canada Health Act* in order to qualify for the entire federal cash contribution. If these conditions are not met, section 15(1)(a) of the Act stipulates that a penalty may be applied to the cash value of federal transfers. The Governor in Council sets the amount of this financial penalty depending on the "gravity" of the default. Sections 18 to 21 of the Act, which set out penalties for extra-billing and user charges, stipulate that the federal government may withhold one dollar of cash transfer for every dollar collected through direct patient charges.

Between 1984-85 and 1991-92, penalties for a failure to comply with the *Canada Health Act* were applied to the portion of EPF cash transfers earmarked for health care. Then, from 1991-92 to 1995-96, financial penalties were extended to cover other transfer payments because of the federal government's continuing restriction on the growth of EPF transfers and its specific impact on cash transfers: it was estimated that the health care portion of the EPF cash transfers to some provinces would have reached zero by the year 2000. Without the cash transfer, the federal government would not have had the power to enforce the conditions of the *Canada Health Act*. The additional withholdings or deductions were not stipulated in the Act, but were specifically set out in the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act* (paragraphs 23.2(1), 23.2(2) and 23.2(3)). Since 1996-97, penalties under the *Canada Health Act* have applied to the cash portion of the CHST.

Information provided by Health Canada<sup>36</sup> indicates that, on three occasions, the federal government resorted to financial penalties and reduced its contributions to some provinces that were authorizing extra-billing or imposing user charges. First, it deducted over \$246,732,000 from EPF cash transfers to all the provinces from 1984-85 to 1986-87. However, it also complied with section 20(6) of the Act, under which a province was able to



recover these funds if it terminated all forms of direct patient charges in the three years after the Act came into force, that is, before 1 April 1987. Since all provinces complied with the Act within that timeframe, the amounts withheld were all reimbursed.

Second, from 1992-93 to 1995-96, the federal government withheld some \$2,025,000 in EPF cash transfers to British Columbia because a number of physicians in that province had opted out of the province's health care insurance plan and resorted to extra-billing.

Finally, since 1995-96, the federal government has imposed financial penalties on provinces that permit private clinics to demand facility fees from patients for medically required services, having determined that such facility fees constitute user charges. These penalties have applied to four provinces. By the time the deductions from transfers to Alberta ended in July 1996, a total of \$3,585,000 had been deducted from that province (see Table 2.3). Similarly, a total of \$323,000 had been deducted from Newfoundland, which started complying with the Act in January 1998. The penalties imposed on Manitoba (\$2,056,000 in total) were discontinued as of 1 February 1999. Nova Scotia has still not complied with the *Canada Health Act* and is being penalized in the amount of \$4,780 per month (a total of \$247,750 was deducted from transfers to Nova Scotia between October 1996 and January 2000 inclusively).

The Hon. Monique Bégin, the former federal health minister who introduced the *Canada Health Act*, noted that, until now, no discretionary penalty for failure to comply with the five national principles of the Act has ever been applied, despite some complaints regarding portability, comprehensiveness and accessibility.

---

<sup>36</sup> Health Canada, *History of Dispute Resolution under the Canada Health Act*, Information binder prepared for the Committee, section 6, 9 February 2000.

**TABLE 2.3**  
**DEDUCTIONS BY PROVINCE UNDER THE**  
**CANADA HEALTH ACT (IN THOUSANDS OF DOLLARS)**

	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00*
Newfoundland				46	96	128	53	
Prince Edward Island								
Nova Scotia				32	72	57	39	47,8
New Brunswick								
Quebec								
Ontario								
Manitoba				269	588	587	612	
Saskatchewan								
Alberta				2,319	1,266			
British Columbia	83	1,223	676	43				
Total Canada	<b>83</b>	<b>1,223</b>	<b>676</b>	<b>2,709</b>	<b>2,022</b>	<b>772</b>	<b>704</b>	<b>47,8</b>

\* Up to January 2000.

Source: Health Canada, *Deductions by Province Since Passage of the Canada Health Act, Information binder prepared for the Committee, Section 8, 10 February 2000.*

## 2.4 Is the *Canada Health Act* Still Relevant?

A few witnesses discussed the relevancy of the *Canada Health Act*. Some of them were of the view that the Act should remain intact. For example, the Hon. Marc Lalonde stated:

Many people blame the *Canada Health Act* for something it was not trying to do. The Act does not introduce rigidity. The five criteria existed before. The *Canada Health Act* introduces clearer definitions through regulations, or otherwise, to ensure that these rules mean something. In that sense perhaps there is some rigidity. I have no qualms whatsoever about saying that the federal Parliament should maintain the five criteria that were enacted by Parliament in the past. In my view, those criteria remain as valid as they ever were.<sup>37</sup>

The Hon. Monique Bégin indicated that the Act is very important for Canadians and should not be reopened:

The *Canada Health Act* has taken on a life of its own. It has now reached the status of an icon. Because of that, I personally think that no politician can

<sup>37</sup> Hon. Marc Lalonde (15:21).

reopen the *Canada Health Act*, even to improve it, because it will destabilize people too much.<sup>38</sup>

She suggested, however, that new legislation similar to the *Canada Health Act* be established to govern the use of new federal transfers. The new Act could include additional conditions, such as accountability and sustainability.

By contrast, others argued that the Act should be reviewed. For example, the Hon. Claude Castonguay indicated that the new prescription drug insurance plan initiated by the Quebec government in 1996 would not qualify for federal funding under the *Canada Health Act* because it is made up of a mixture of public and private components. While all citizens are covered, beneficiaries are required to pay a premium and a portion of the cost of their drugs.

## 2.5 Committee Commentary

In this section, the Committee wishes to outline its thoughts about the national principles underlying Canada's health care system and its questions about these principles.

As mentioned earlier, Tom Kent indicated that the original policy objective of public hospital and medical care insurance was to ensure that all Canadians, regardless of their personal financial circumstances or where they lived in Canada, would have access to all medically necessary services. We believe that this objective explains four of the principles of the *Canada Health Act*.

- The principle of universality, which means that health care services are to be available to all Canadians;
- The principle of portability, which means that all Canadians are covered, even when they move from one province to another;
- The principle of comprehensiveness, which is meant to guarantee that all medically necessary services are covered by public health care insurance;
- The principle of accessibility, which means that barriers to the provision of health care, such as user charges, are discouraged, so that services are available to all Canadians regardless of their income.

---

<sup>38</sup> Hon. Monique Bégin (16:5).



The above four principles all focus on individual Canadians – they are patient-centred. This is consistent with the patient-oriented approach in the original public policy objective of Canadian Medicare. However, what began over thirty five years ago as a patient-centred national health care system has become a more narrow national system that is centred more around the delivery mechanism (hospitals and doctors) than around the patient’s entire health care needs. This distinction, even though it is critical to the development of future public policy, is not made in the vast majority of public commentary on the current system.

Moreover, the final principle of the *Canada Health Act* – the principle of public administration – is of a completely different character. It does not focus on the patient but is rather the means of achieving the ends to which the other four principles are directed. In our view, this distinction between ends and means explains much of the current debate about the *Canada Health Act* and Canada’s health care system. People who agree completely on the desired ends of a public policy can nevertheless disagree strongly on the means of achieving those ends.

The recent debate over Alberta’s Bill 11 is a clear example of this. This legislation allows private, for-profit, health care facilities to compete against publicly funded hospitals for the provision of selected minor surgical services. It is the view of the Alberta government that contracting out to these facilities can improve access, reduce waiting times/lists and increase efficiency by reducing the demand on the existing publicly-funded hospitals. Opponents of the new legislation believe that these goals could be better achieved by increasing the level of funding of public hospitals.

In Phase Three of our study, the Committee will examine the means by which other countries have tried to achieve the ends of comprehensive and universally accessible coverage for health care. This exercise will be useful in enhancing our understanding of Canada’s health care system and in evaluating options for building a long-term sustainable system.

The principles of comprehensiveness and accessibility are intertwined. Indeed, they go to the very core of the critically important issue of what services are covered by public health care insurance as “medically necessary” and how these services should be paid for. This, in turn, leads to the debate over affordability and sustainability.

Determining what services ought to be considered “medically necessary” is a difficult task. Most Canadians would agree that life-saving cardiac procedures are medically necessary. Most Canadians would also agree that most cases of cosmetic surgery do not meet the criterion of medical necessity. The difficulty comes with those services that lie between these two extremes. For example, virtually everyone would consider life-sustaining medication as “medically necessary”, even if the medication is not taken in a hospital and therefore not subject to public coverage pursuant to the “medical necessity test” contained in the *Canada Health Act*. However, this does not change the harsh reality that many Canadians are struggling to find the money to pay for their “medically necessary” prescriptions every month.

Obviously, the more services we include in the definition of “medically necessary”, the more costly the health care system is. Yet clearly, as more medically necessary products and services are produced and delivered outside the traditional hospital setting, a broadening of the definition of the concept of medical necessity is essential if Canada is to remain true to the spirit of the *Canada Health Act*. But broadening this definition raises the question of how these services should be paid for, and how excessive costs can be prevented.

For example, would modest user fees be an effective way to reduce unnecessary use of the health care system, as some people have proposed? Or would user fees have a disproportionately negative impact on low-income patients, preventing them from seeking out services when they truly need them ( a violation of the principle of accessibility)? Alternatively, should higher income Canadians pay a portion of the health care costs they are responsible for generating, through, for example, some form of income tax surcharge?

Tom Kent told the Committee that this was in fact the original vision of Medicare the Liberal party adopted:

To look at the history, when the Liberal rally, in 1961, so firmly committed the Liberal Party to health care, it was with a provision. It was that the costs that an individual thereby incurred through the tax system, would indeed become a charge through the tax system directly to the individual. The value of the services that you obtained from public health insurance would become a part of your statement for income tax purposes, within limits, and so on, so that it would never be overwhelming in any one year for any individual or family, and it would mean that people who paid little or no tax would pay nothing for their health care, but people who had relatively large incomes, had a significant tax, would pay something.<sup>39</sup>

If this funding method were ever to be used, the question arises as to whether individual Canadians should be able to purchase private insurance to cover the potential cost to them?

A major problem with health care insurance is that conventional economic principles do not fully apply. Because most bills are picked up by insurance, people pay little attention to the cost of health care. In addition, they have no way to assess the quality of the health services they receive. Beyond that, for most people, good health is priceless; they want to have access to the best available medical technologies and procedures at whatever cost. This creates a conundrum for politicians. On the one hand, their constituents will not accept the rationing of their health services. On the other hand, neither the politicians nor their constituents want to pay the higher taxes required for unlimited health care.

The question of precisely what services should be covered by government and what services should be paid for by individuals out of their own funds, either partially or fully, directly or through private insurance, is one that requires full discussion. Though these crucial questions are difficult ones, and just asking them arouses anxiety in some Canadians, they must be the focus of serious public debate. The Committee, through its subsequent reports of this study, hopes to provide a forum for this debate.

---

<sup>39</sup> Tom Kent (13:40).



It is no longer possible for Canadians to gloss over the issues of what services are to be covered by their public health care insurance plan, and how the plan should be paid for, by simply referring to the laudable principles of comprehensiveness and accessibility in the *Canada Health Act*. These terms, even though they represent very important principles to all Canadians, are no longer sufficient to enable the government, and all Canadians, to avoid confronting the difficult practical decisions that must be made with respect to our health care system. In future parts of its study, the Committee will outline options for addressing these issues, and for examining the opinions and expectations of Canadians about their health care system.

## CHAPTER THREE:

### PUBLIC EXPECTATIONS ABOUT HEALTH CARE

---

For many Canadians, our health care system is a defining feature of the country and a symbol of our societal values. They cherish their public health care insurance plan for what it is, and for the values it represents: shared risk, compassion, fairness

*The universality of the system is certainly linked to strong Canadian values like egalitarianism and generosity...*

*Our health care system is a powerful symbol of our societal values.*

*Chris Baker, V-P, Environics Research Group  
(9:30 and 9:33).*

and common responsibility. However, an increasing number of Canadians are concerned that the health care system will not retain these qualities in the future. Many believe that health care in Canada is not as good now as it was in the past, because of government cuts in health care spending, longer waiting lists for doctors and procedures, and the number of doctors and nurses leaving to work in the United States. These views reflect an understanding that health care costs will continue to grow, especially for prescription drugs and new medical technologies, for instance.

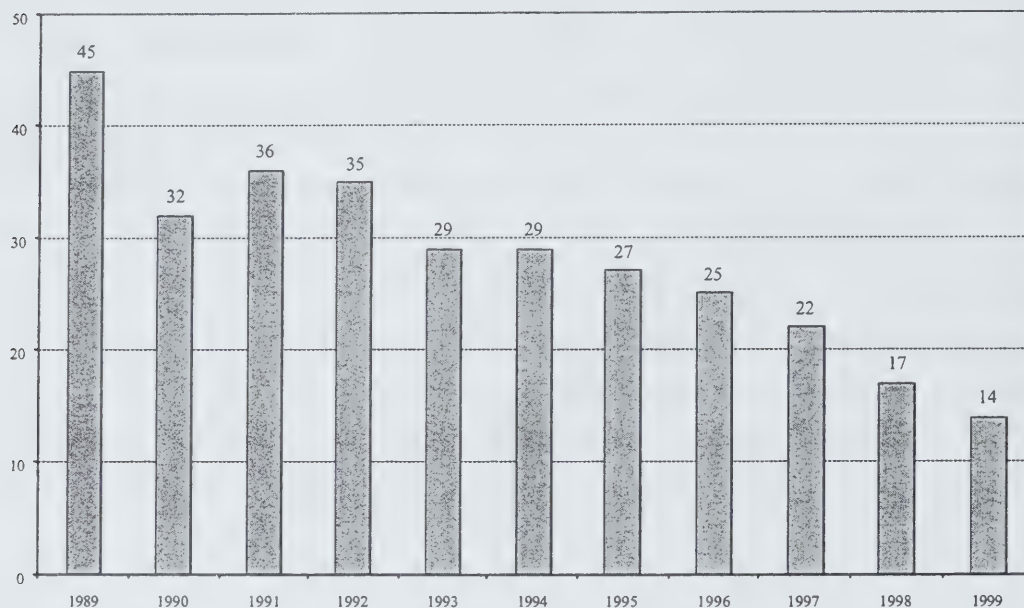
Knowing more about public values and attitudes is a vital component that can help ensure the development of policy options that are consistent with the views of Canadians. In this perspective, the Committee invited Canadian pollsters to provide more information on historical and current public attitudes towards, and expectations of, the health care system. We acknowledge that different surveys and polls often ask different questions and use different survey methods and that, as a result, findings may not be directly comparable. It is interesting to note, however, that we found great consistency and similar long-term trends in the polling data presented to the Committee.

#### 3.1 Health Care is an Important Public Policy Concern

Canadians' faith in their health care system has declined significantly during the past decade. A survey by Goldfarb Consultants found that 45% of Canadians felt in 1989 that the health care system was working well, compared with only 14% in 1999 (see Graph 3.1). Similarly,

the Environics survey suggests that the level of satisfaction with the Canadian health care system has decreased dramatically during the 1990s. In fact, there is a growing consensus that there is a problem with our health care system.

**GRAPH 3.1**  
Percent (%) **PERCEPTION THAT THE HEALTH CARE SYSTEM IS WORKING QUITE WELL**



Source: Goldfarb Consultants, Presentation to the Committee, 22 March 2000, Slide 6.

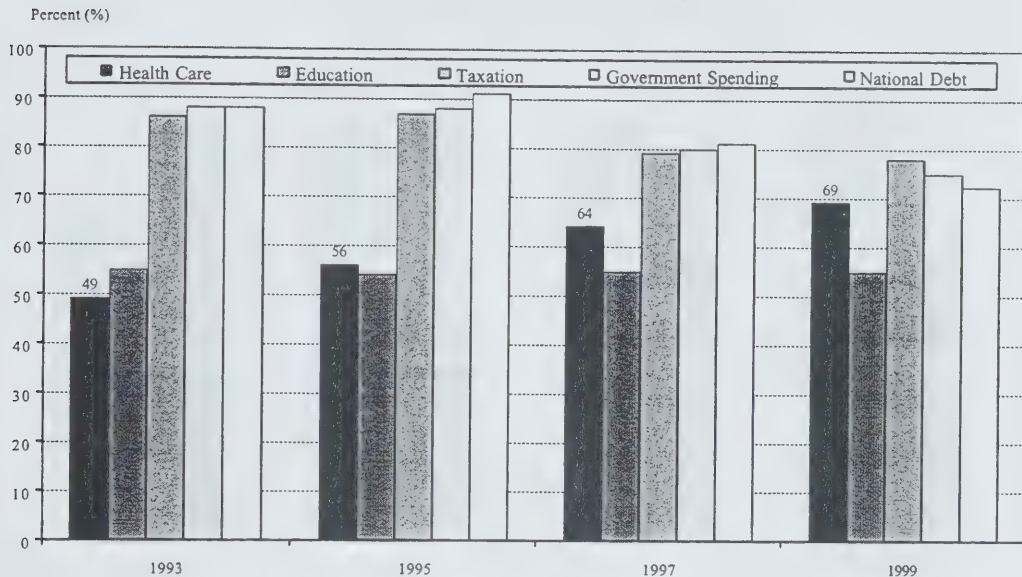
With respect to public policy, data from the Goldfarb survey indicate that Canadians are becoming more and more concerned with health care (see Graph 3.2). In the early 1990s, Canadians were predominantly concerned with government spending, the debt and taxes. While taxation remained a major public policy concern in 1999, health care was perceived as one of the most important problems facing Canada. There were, however, demographic differences on this issue. For example, in 1999, women were more concerned about health care, while men were more concerned about taxes. Similarly, older Canadians were more concerned about the state of the health care system than younger ones.

*It is not that taxation and debt have completely disappeared from the agenda, they are still in the public's mind, but health is grabbing a larger share of that concern.*

*Dr. Scott Evans, Senior Statistical Consultant, Goldfarb (9:36).*



**GRAPH 3.2  
PUBLIC POLICY: SHIFTING CONCERNS**

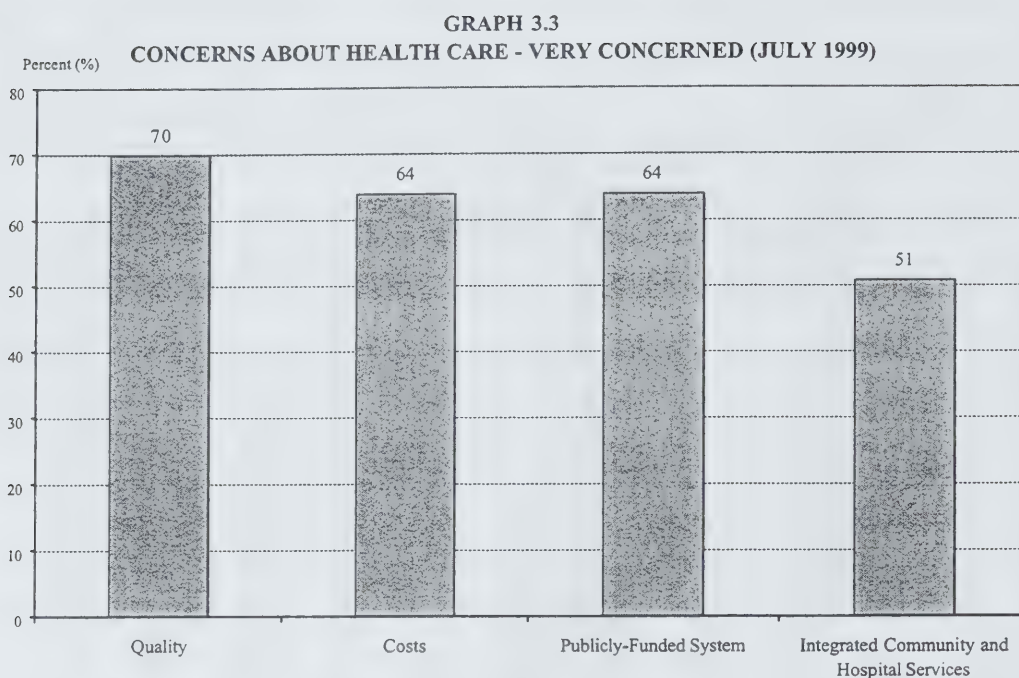


Source: Goldfarb Consultants, Presentation to the Committee, 22 March 2000, Slide 13.

### **3.2 Canadians Are Concerned About Quality, Access and Universality**

According to the Environics survey, quality appears to be the most important health care concern. About 70% of Canadians were very concerned about quality in 1999 (see Graph 3.3). Health care costs and the maintenance of a publicly funded health care system were both seen as very important, but secondary (with 64%). Some 51% of Canadians were very concerned about the integration of community and hospital services. During the hearings, it was noted that concerns about cost and the publicly funded system have decreased since 1994, but the concerns about quality have remained persistently high.<sup>40</sup>

<sup>40</sup> Chris Baker (9:31-32).



Source: Environics Research Group, Presentation to the Committee, 22 March 2000, Slide 23.

Furthermore, Chris Baker explained that there is a strong link between quality and accessibility in the mind of Canadians (see Graph 3.4). In his view, they would strongly resist any measures that could restrict access to health care.<sup>41</sup>

*Access and availability remain the top areas of concern, and any move to restrict that would be strongly resisted by Canadians.*

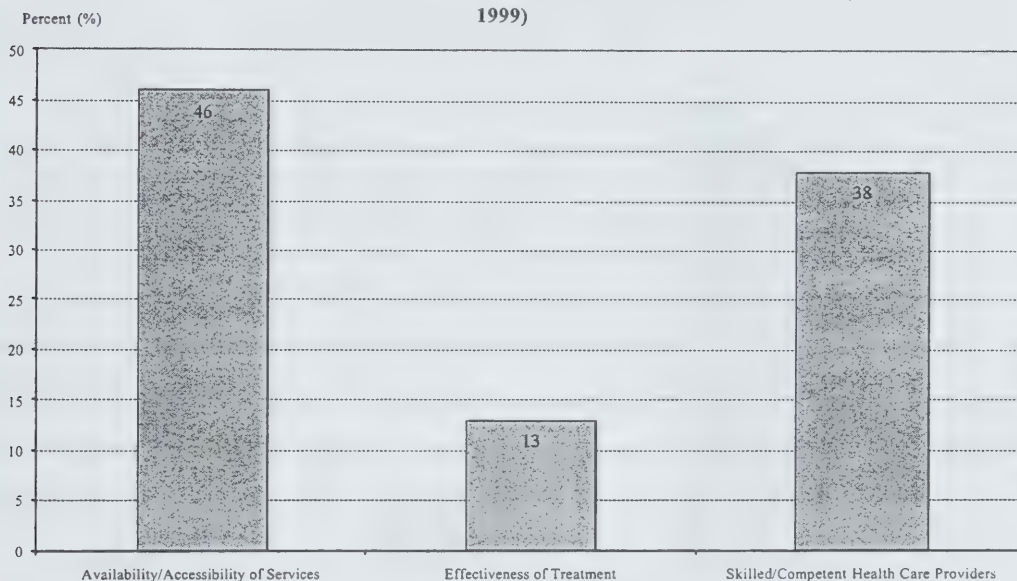
*Chris Baker, V-P, Environics Research Group ( 9:33).*

### 3.3 Health Care is a Priority

The 1999 Goldfarb survey asked about the most desirable use of the federal budgetary surplus. While cuts to personal income tax were important to Canadians, reinvesting in health care was just as high a priority (Graph 3.5). Universality remains a core value for Canadians. In fact, support for universal health care insurance coverage for all regardless of economic status increased from 81% to 84% between 1991 and 1999 (Graph 3.6).

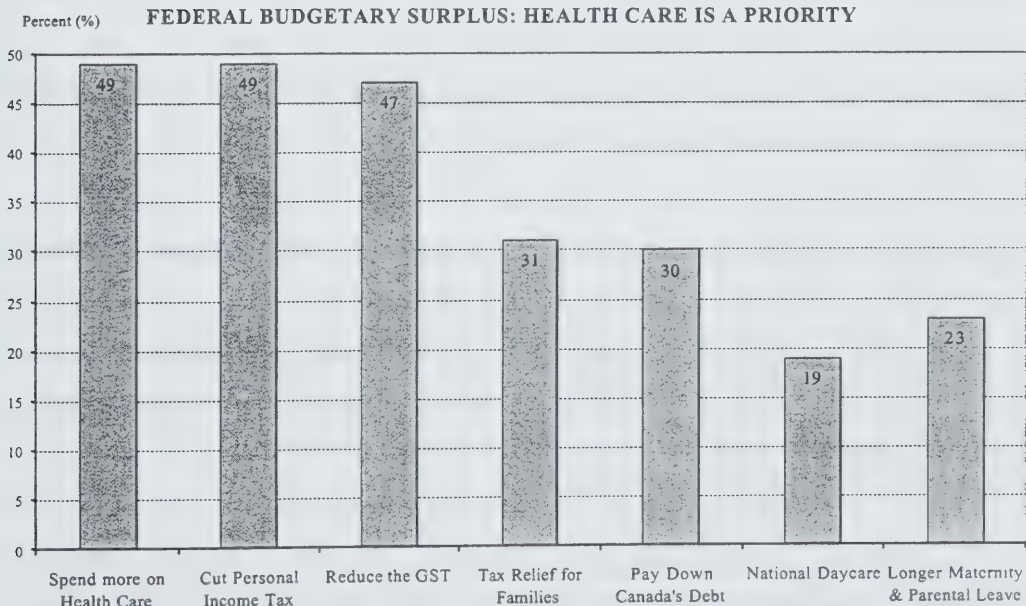
<sup>41</sup> Chris Baker (9:32).

**GRAPH 3.4**  
**MOST IMPORTANT FEATURE OF QUALITY HEALTH CARE SYSTEM (JULY 1999)**



Source: Environics Research Group, Presentation to the Committee, 22 March 2000, Slide 26.

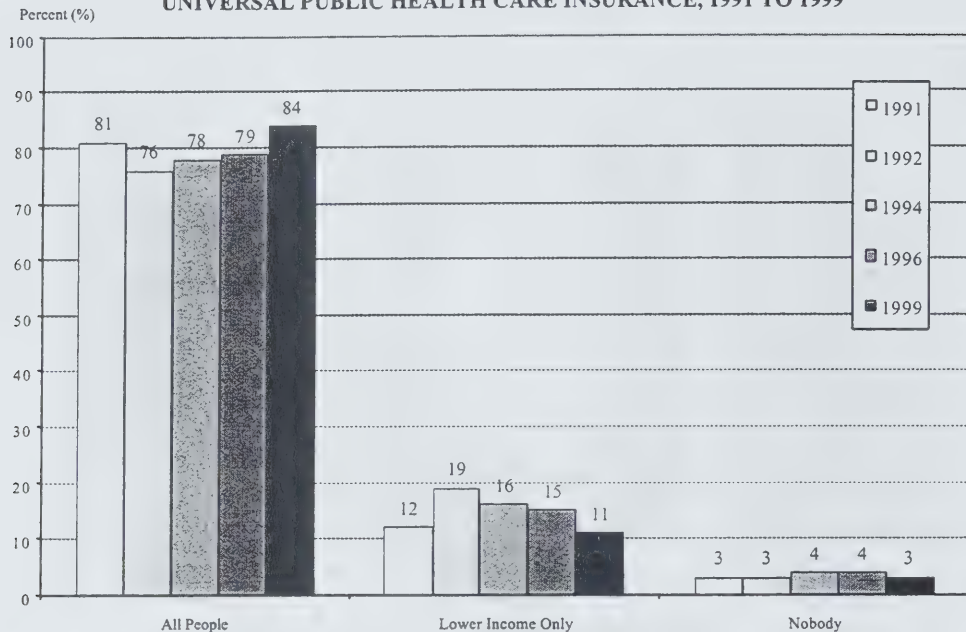
**GRAPH 3.5**  
**FEDERAL BUDGETARY SURPLUS: HEALTH CARE IS A PRIORITY**



Source: Goldfarb Consultants, Presentation to the Committee, 22 March 2000, Slide 22.



**GRAPH 3.6**  
**UNIVERSAL PUBLIC HEALTH CARE INSURANCE, 1991 TO 1999**



Source: Environics Research Group, Presentation to the Committee, 22 March 2000, Slide 27.

When asked about spending priorities in health care, Canadians show a strong preference for “bricks and mortar” infrastructure and research activities. Community-based activities are considered secondary, and activities that are seen as remote from front-line care are assigned the lowest priority for new health care funding.

Some 78% of Canadians believe that maintaining hospital beds is a high priority, followed by funding research for women’s diseases, and medical technology. Population health initiatives, while providing benefits over the long term, cannot match the immediacy of new hospital beds or high-tech diagnostic or therapeutic equipment in the public perception. Baker explained this as follows:

I believe this is because there is a certain immediacy to anxiety about our health care system... Hospital beds and high-tech equipment will deliver immediate benefits, whereas community-based initiatives, population health initiatives, are seen as more long term. Canadians, because of their level of

anxiety, focus on those activities that will deliver benefits immediately rather than down the road.<sup>42</sup>

Abby Hoffman from Health Canada expressed similar views:

(...) when people feel that the care and treatment side is vulnerable, they are somewhat resistant, quite understandably, to seeing more energy, and possibly more resources, being devoted to health prevention and promotion, public health, population health, those kinds of activities.<sup>43</sup>

Graham Scott, a former deputy minister of health in the province of Ontario, cautioned that while short term solutions may help ease the anxiety of Canadians about their health care system, long term solutions could bring more benefits down the road. He provided the following example:

If you spend \$100 million to upgrade the OHIP system in Ontario, in the short term that does not cure one patient. However, if you announce that you are expanding the emergency wings in six community hospitals in southwestern Ontario, that is worth many seats. That is where the trade-off is.<sup>44</sup>

In his view, “it will take a fair amount of political courage at the federal and provincial levels” to invest in those areas that can bring the most benefits in the long term.

### 3.4 Health Care is a Federal/Provincial Partnership

Both the Environics and Goldfarb surveys indicate that Canadians expect both levels of government to do their part to reinvest in health care. Both surveys also suggest that Canadians give low marks to both the federal and provincial governments on their handling of health care issues. Furthermore,

*There is declining satisfaction with the system and critical assessments of all government performance in this area. There is a strong desire for governments to stop competing on the issue of health care and start cooperating.*

*Chris Baker, V-P, Environics Research  
Group (9-23)*

---

<sup>42</sup> Chris Baker (9:32).

<sup>43</sup> Abby Hoffman (13:27).

<sup>44</sup> Graham Scott (20:13)

Canadians are impatient with blame-laying, they are more interested in positive results and intergovernmental cooperation. For example, as Dr. Scott Evans pointed out:

Canadians are also becoming impatient with the bickering between the two levels of government. When asked about their understanding of federal-provincial relations, they cannot seem to understand why there is such unwillingness or inability to reach agreement on what needs to be done. There is a sense of losing patience with what governments are doing.<sup>45</sup>

### 3.5 Support for the Principles of the *Canada Health Act* is High

A review of polls, surveys and reports from the past ten years undertaken by the Conference Board of Canada shows that support for the principles of the *Canada Health Act* has remained high throughout the past decade. The highest supported principles have been universality and accessibility, while public administration has received the lowest support (see Table 3.1).

**TABLE 3.1**  
**THE PRINCIPLES OF THE CANADA HEALTH ACT ARE**  
**“VERY IMPORTANT” (PERCENTAGE)**

	1991	1994	1995	1999
Universality	93	85	89	89
Accessibility	85	77	82	81
Portability	89	78	81	79
Comprehensiveness	88	73	80	80
Public Administration	76	63	64	59

Source: Conference Board of Canada, *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, 6 October 2000, p. 11.

Despite this strong support, many Canadians believe that, with the exception of universality, the health care system is not fully living up to the national principles of Medicare. According to the Conference Board, these views “are not entirely surprising, given that many health services that Canadians rely on fall outside the scope of the *Canada Health Act* (...).”<sup>46</sup>

<sup>45</sup> Dr. Scott Evans (9:38).

<sup>46</sup> Conference Board of Canada, *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, 6 October 2000, p. 12.



### 3.6 Decreasing Support for User Charges and Private Initiatives

Surveys show an increasing resistance to financial measures that would limit access to health care. According to Goldfarb Consultants, support for patient charges to visit a doctor, which was on the rise between 1989 to 1992, has been on decline since then (see Graph 3.7). Similarly, the Environics survey indicates that only a minority of Canadians (31%) believe that private clinics are a good way to reduce waiting lists. In addition, there is increasing concern that the introduction of privately-run facilities will erode the publicly-funded health care system (Graph 3.8).

In its 2000 survey review, the Conference Board of Canada suggests that support for various privatization options is higher when they are presented as a means for preserving Medicare either through making the system more efficient or ensuring equal access to high quality services. For example, with respect to user charges, it states that “support for user fees is often conditional – support is highest if user fees are presented as a method to improve system efficiency while not prohibiting people from accessing needed services.”<sup>47</sup> Similarly, with regard to private facilities, the Board’s report indicates: “Public support is stronger for people purchasing private services in the event that the public system is unable to provide the necessary services than for allowing people to purchase services for the purposes of receiving faster or better service.”<sup>48</sup>

### 3.7 Committee Commentary

The reason for the decline in public confidence to the Canadian health care system remains open to debate. According to Dr. Scott Evans:

Certainly much of the financial restructuring in the health care system, and the response of the media and the various advocacy groups to that, have all contributed to this general sense of declining faith.<sup>49</sup>

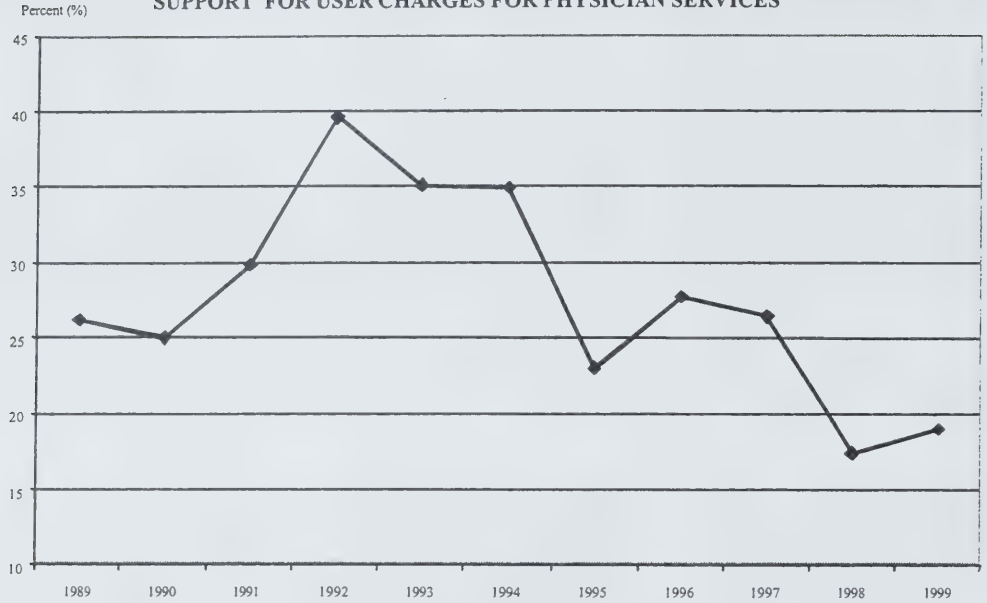
---

<sup>47</sup> *Ibid.*, pp. 31-32.

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. 2.

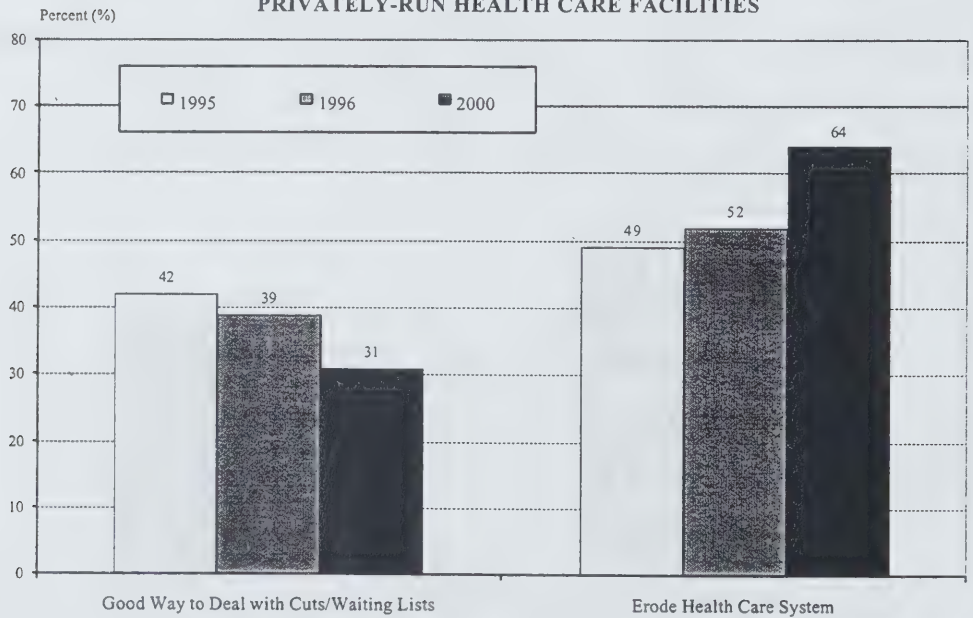
<sup>49</sup> Dr. Scott Evans (9:34-35).

**GRAPH 3.7**  
**SUPPORT FOR USER CHARGES FOR PHYSICIAN SERVICES**



Source: Goldfarb Consultants, Presentation to the Committee, 22 March 2000, Slide

**GRAPH 3.8**  
**PRIVATELY-RUN HEALTH CARE FACILITIES**



Source: Envirionics Research Group, Presentation to the Committee, 22 March 2000, Slide 45.

Similarly, Dr. John S. Millar, V-P of Research and Analysis at the Canadian Institute for Health Information (CIHI) indicated:

(...) changes in funding and the reductions in funding have clearly created a lot of stresses in the system. (...) One of those is that public confidence has been eroded significantly. We certainly have very well documented in this report that there has been less access to some services, such as emergency rooms and some specialist services and procedures. As a consequence of that and as a result of media attention to it, public confidence has dropped quite considerably.<sup>50</sup>

While reductions in government spending are often pointed as an important factor in declining public support for Medicare, it remains unclear whether or not recent increases in federal CHST transfers through the enactment of Bill C-32 (2000) and Bill C-35 (2000) will be enough to enhance Canadians' confidence in the publicly funded health care system. Moreover, the Committee was told that the lack of confidence in the system should not be confused with the actual performance of the health care system. In fact, when patients are questioned about the health care they have received, they are generally satisfied:

(...), when you ask people who have actually been the recipients of care, they express very high levels of satisfaction. That reflects the fact that the provider groups, that is, doctors and nurses, despite all the stresses, have been struggling to continue to perform to a high level. The performance measures we have show that there are good outcomes. It is an interesting dichotomy, which shows up time and time again when these types of surveys are done.<sup>51</sup>

Sholom Glouberman, Director of the Health Network, Canadian Policy Research Networks, suggested that the major issue therefore is to develop strategies that will enhance public confidence in Canada's health care system:

There is a bit of confusion between the actual performance of the health care system and people's lack of confidence in it. The response to people's lack of confidence in the health care system is often to add more resources to the system. That does not tackle the problem, because the problem is about

---

<sup>50</sup> Dr. John S. Millar (14:35).

<sup>51</sup> Dr. John S. Millar (14:35).



confidence. The question is: What strategies can be used to increase confidence in the health care system? Part of it is information. Another part is an assurance that the health care system will be there when people need it. That has been a big part of the struggle.<sup>52</sup>

This is one of the current challenges in our health care system:

I believe that this is an interesting and volatile period with respect to public opinion. There is an opportunity to make great gains on the legitimacy of different kinds of approaches to health care that will be able to restore a sense of faith and confidence in the system.<sup>53</sup>

Public opinion and public expectations are vital to the examination of Canada's health care system. In Phase Two of its study, the Committee will look at the issue of rising expectations, as they may have a significant impact on future government decisions, particularly as regards what health services to cover and who should be eligible for publicly funded health care, as well as how the money to pay for these services should be raised.

---

<sup>52</sup> Sholom Glouberman (9:18-19).

<sup>53</sup> Dr. Scott Evans (9:37).

## CHAPTER FOUR:

### TRENDS IN HEALTH CARE EXPENDITURES

---

The purpose of this chapter is to provide a factual in-depth review of past and current trends in health care spending in Canada. The chapter is divided into six sections. The first section describes historical trends in total health care expenditures. Section 2 examines trends in public and private spending. Section 3 details trends by category of expenditures. Section 4 gives a brief comparison between Canadian and international spending on health care. Section 5 looks at provincial health care spending. Section 6 summarizes the causes of, and pressures on, health care costs. The chapter builds on data provided by the Canadian Institute for Health Information (CIHI) and the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).<sup>54</sup>

Data on health care spending reported by both CIHI and the OECD include the following: hospitals, other institutions (namely residential care facilities), physicians, other health care professionals (such as chiropractors, physiotherapists, opticians and so on), drugs – both prescribed and non-prescribed, capital, public health (including health promotion and disease prevention), health research and personal health supplies and devices. This definition is consistent with the Committee's broad definition of health care given in the introduction to this report.

As we will see in the following sections, there are different ways of measuring how much Canada spends on health care. The interpretation of the level of health care expenditures and their trends depends upon how we measure spending.

*(...) we are spending less than we think, far less of it from public sources than most other countries, and the federal share of spending for health care is far higher than provincial rhetoric would lead one to believe.*

*Raisa Deber, Professor,  
University of Toronto (8:3).*

---

<sup>54</sup> CIHI, *National Health Expenditure – Trends*, Ottawa, 15 December 1999 (1975-1999) and 11 December 2000 (1975-2000); and OECD, *OECD Health Data*, CD-ROM, Paris, 1999 and 2000.

## 4.1 Global Trends – From 1975 to 2000

Graph 4.1 depicts the evolution of total health care spending in Canada over the last 25 years. Expressed in current or nominal dollars (bold line), total health care expenditures grew steadily from \$12.2 billion in 1975 to \$95.1 billion in 2000. In fact, the growth in nominal health care expenditures exhibited double digit rates in the 1970s and early 1980s, but it did slow considerably to single digit growth rates in the latter part of the 1980s and the 1990s.<sup>55</sup> Abby Hoffman from Health Canada told the Committee:

We must be careful how we interpret the extent and the significance of the slowdown because raw numbers are a little misleading. We need to take into account the much higher levels of inflation in the 1970s and early 1980s, compared with single digit inflation in the latter part of the 1980s and the 1990s, and our current very low levels.<sup>56</sup>

The second line in Graph 4.1 represents total health care expenditures adjusted for inflation and converted into constant (1992) dollars.<sup>57</sup> Even after removing the effect of inflation, which makes it possible to measure real growth rates, health care spending rose steadily from 1975 to the early 1990s. However, the real rates of growth throughout the 1975-2000 period were much lower, in the range of less than 1% to about 5%.<sup>58</sup>

According to CIHI, sustained growth in health care spending in the last four years reflects primarily increased investment in health care by governments.

A number of witnesses who appeared before the Committee suggested that, in order to properly interpret trends in health care spending, the data should also be adjusted to the size of the population. Total health care spending per capita is presented in Graph 4.2.

---

<sup>55</sup> More precisely, total health care spending grew at an average annual rate of 11.1% over the period 1975 to 1991. Then, growth fell substantially to an average annual rate of 2.6% between 1991 and 1996. The average annual rate of growth is expected to have risen to some 6.0% between 1996 to 2000.

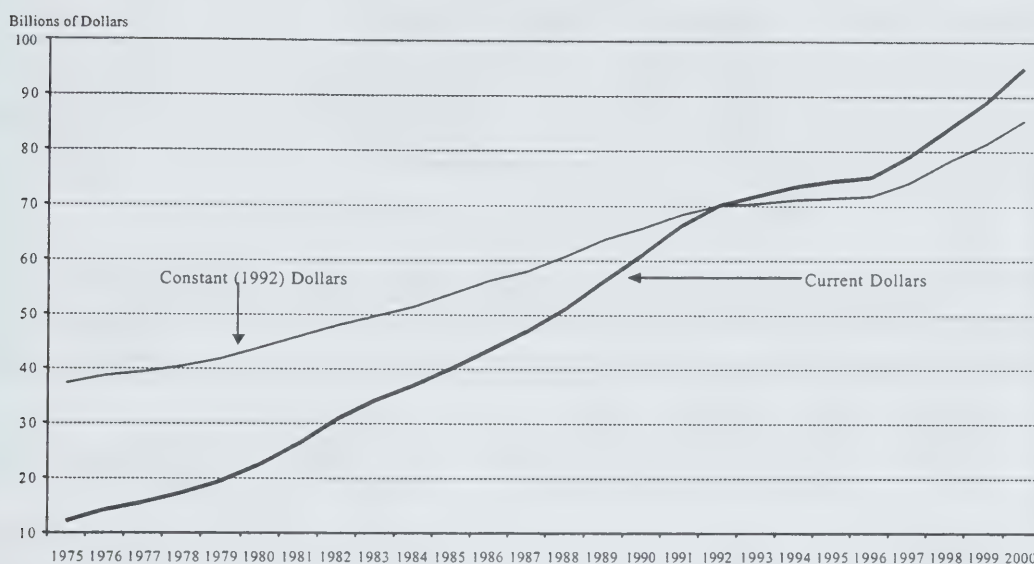
<sup>56</sup> Abby Hoffman (13:8).

<sup>57</sup> Data are usually adjusted for inflation by using a GDP implicit price index (the 1992 index equals 100).

<sup>58</sup> Real rates of growth averaged 3.8% between 1975 and 1991, 1.0% between 1991 and 1996 and 4.6% between 1996 and 2000.

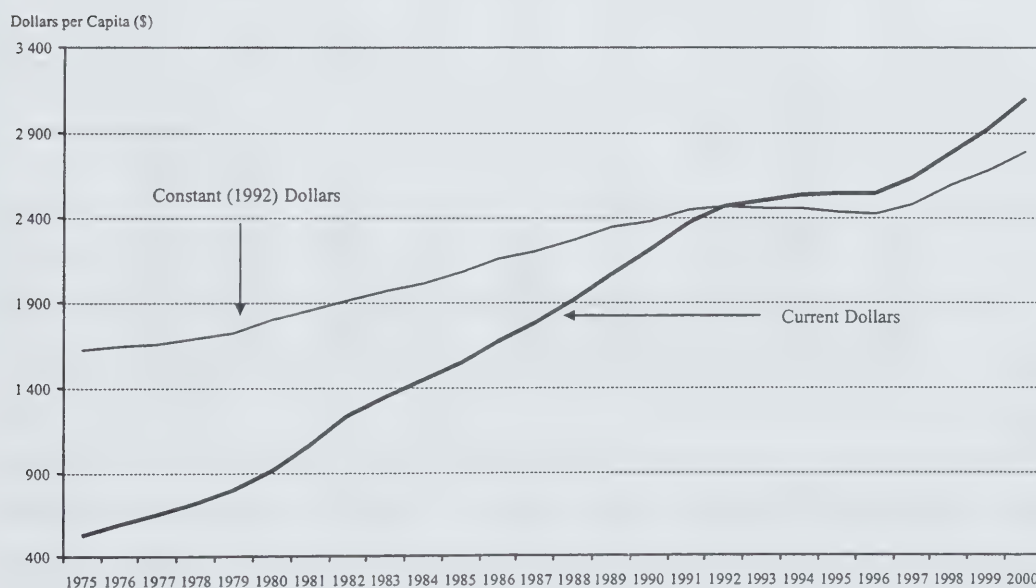


**GRAPH 4.1**  
**TOTAL HEALTH CARE EXPENDITURES IN CANADA**



Source: CIHI(2000) and Library of Parliament.

**GRAPH 4.2**  
**TOTAL HEALTH CARE EXPENDITURES IN CANADA**



Source: CIHI(2000) and Library of Parliament.

The fine line, which represents per capita expenditures adjusted for both inflation and population, indicates that health care spending in Canada increased from 1975 to the early 1990s. However, there were small annual declines in real expenditures per capita from 1992 to 1996. This trend was reversed in 1997 and real annual rate of growth in spending per capita is expected to average 3.6% between 1997 and 2000.

**GRAPH 4.3**  
**TOTAL HEALTH CARE SPENDING IN CANADA AS A PERCENTAGE OF GDP**



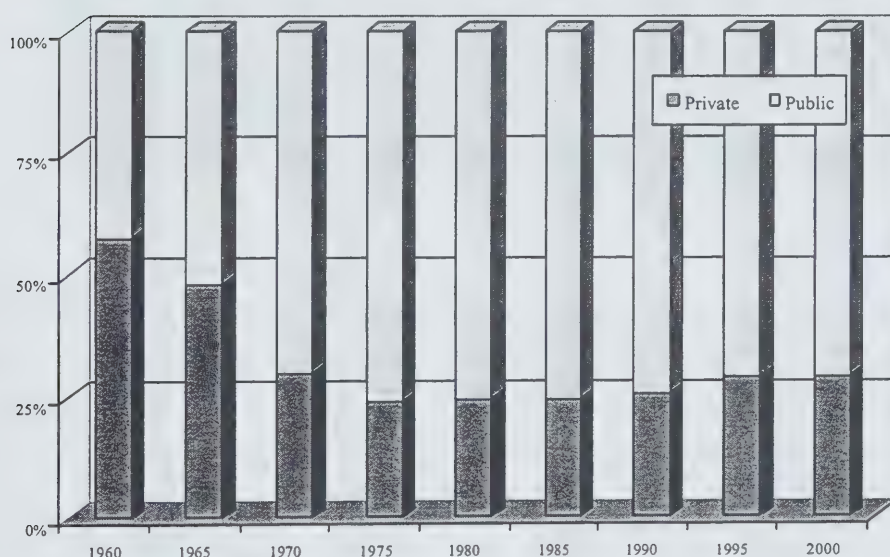
Another way to measure how much Canada spends on health care is to calculate health care expenditures as a percentage of gross domestic product (GDP).<sup>59</sup> This indicator, which is referred to as the “health care to GDP ratio”, reflects the extent to which Canada devotes productive resources to health care. In 1975 (see Graph 4.3), health care expenditures in Canada amounted to 7.0% of GDP. This percentage increased for the most part of the 1970s and the 1980s, and it peaked at 10% in 1992. Then, the health care to GDP ratio decreased continually from 1992 to 1996, when it reached 9.0%. The latest forecast by CIHI suggests that this downward trend has been reversed: the share of the GDP devoted to health care rose to 9.3% in 1998 and it has remained at this level in 1999 and 2000.

<sup>59</sup> As explained in Chapter 1, the GDP measures the value of all goods, services and investments in a country during a year.

## 4.2 Public versus Private Spending

While the public sector is currently the main source of health care funding in Canada, this was not the case forty years ago, when over half of health care spending came from the private sector.<sup>60</sup> Graph 4.4 provides information on the sources of health care financing in Canada. In 1960, private sector funding accounted for over 57% of total health care expenditures. Throughout the next decade, as universal health care insurance was introduced in the provinces, health care expenditures by the public sector grew at rates that were much higher than the growth rates in private sector funding. As a result, the private sector share dropped dramatically. By 1975, the public sector share had increased to over 76%, while the private share accounted for the remaining 24%.

GRAPH 4.4  
PUBLIC AND PRIVATE SHARES OF TOTAL HEALTH CARE EXPENDITURES



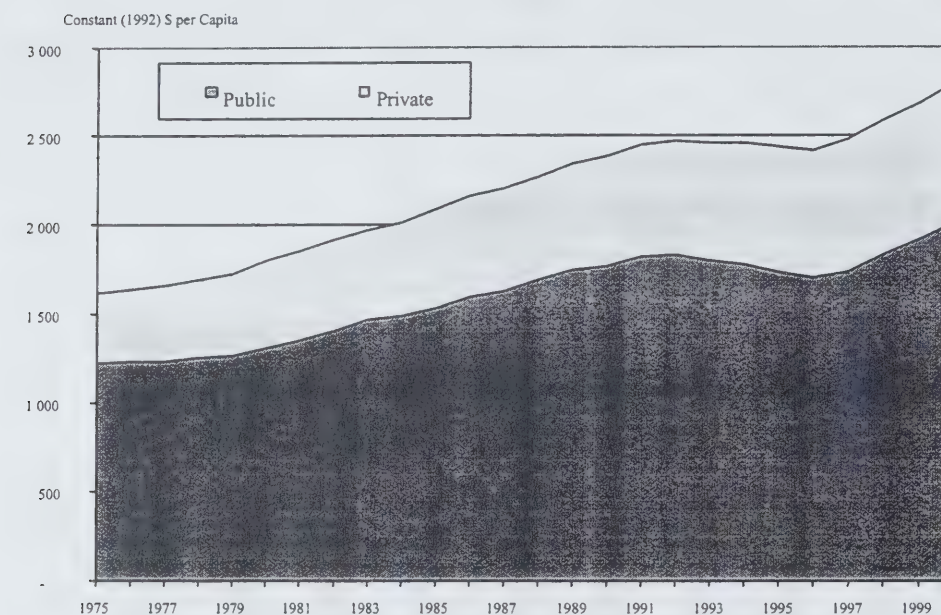
Source: Vern Hicks (1999), CIHI (2000) and Library of Parliament.

Between 1975 and 1985, the private and public shares remained relatively constant. Then, governments initiated restraints in funding for hospitals and physician services and introduced measures to enhance efficiencies in the health care system. This resulted in a



levelling off of public expenditures. As the same time, the private sector share began to increase and, in 1997, it peaked at 30%, higher than at any time since 1970. The private sector share has decreased slightly in recent years, to reach 29% in 2000. In that year, the public sector share amounted to 71% of total of health care spending.

**GRAPH 4.5**  
**PUBLIC AND PRIVATE HEALTH CARE SPENDING**



Source: CIHI (2000) and Library of Parliament.

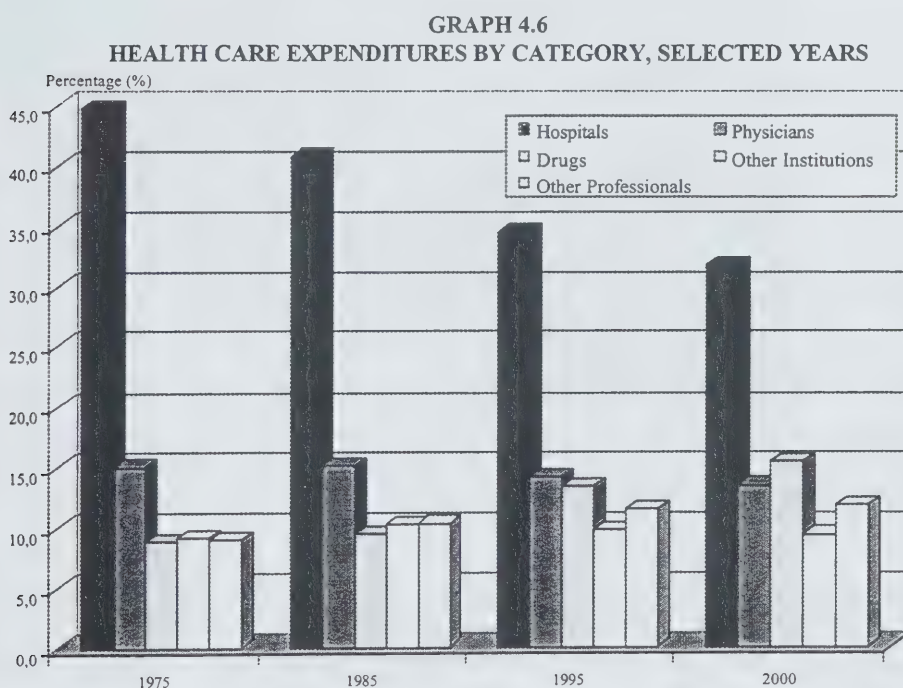
Once again, it is useful to consider trends when expenditures are adjusted for both inflation and population size. Graph 4.5 shows that public sector expenditures per capita in constant dollars increased continuously from 1975 to 1992. Between 1992 and 1996, public sector expenditures on health care on a per capita basis decreased in real terms. In other words, growth in public spending on health care did not keep up with either economic growth or population growth. This downward trend was reversed in 1997 and, in 1998, public spending on health care, per capita, in constant dollars, came back to its 1992 peak. This was followed by a real growth of 4.4% in 1999 and 4.8% in 2000:

<sup>60</sup> The public sector refers to the various levels of government. Private sector spending primarily consists of direct out-of-pocket costs by individuals and expenditures covered by third-party insurers. Expenditures by Workers' Compensation Boards are included in public spending on health care.

When one adjusts spending for overall population growth and general inflation, the slowdown in public spending – indeed the decline in the mid-1990s – becomes more apparent. In other words, the mid 1990s was clearly a period when public health expenditures did not keep pace with overall, albeit low, inflation rates and population growth. However, with the rebound in public health expenditures in the late 1990s, the overall level of public spending regained its peak of the early 1990s in terms of real per capita expenditures, even after adjusting for population growth and the general rise in price levels.<sup>61</sup>

### 4.3 Categories of Expenditures

In 2000, Canada spent \$30.2 billion on hospital care. Hospital care is the largest category of health care expenditures, accounting for 31.8% of total health care spending in 2000. The share of total health care spending allocated to hospitals has seen a downward trend over the last 25 years, from a high of 45.0% of total health care expenditures in 1976 (see Graph 4.6).



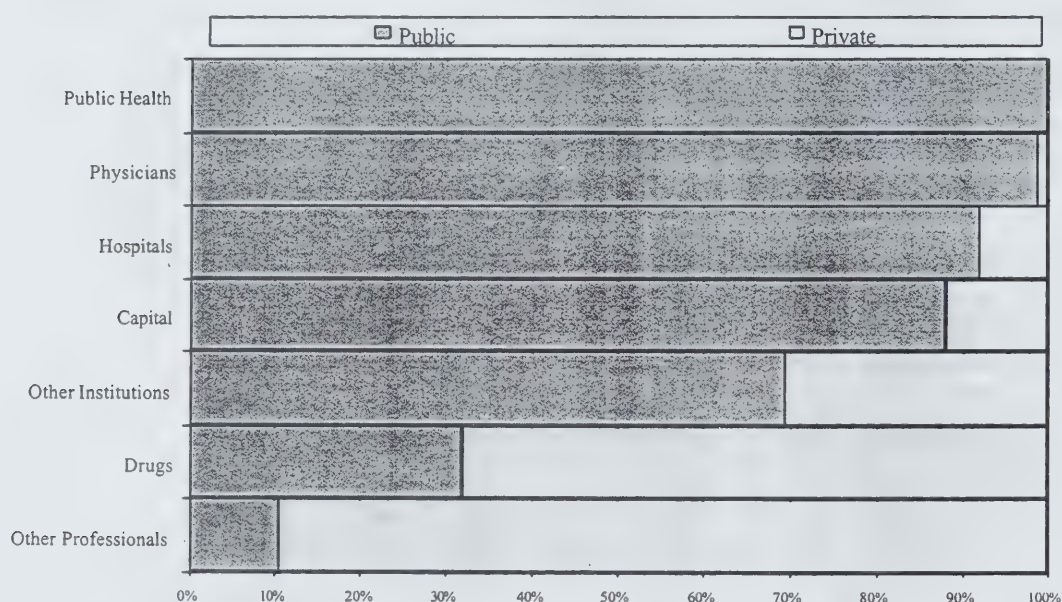
Source: CIHI(2000) and Library of Parliament.

<sup>61</sup> Abby Hoffman (13:8).

Spending on physician services amounted to almost \$12.8 billion in 2000, representing 13.5% of total health care expenditures. Between 1975 and 1985, the share of total health care spending on physician services remained relatively constant. It declined slightly from 1985 to 2000.

Since 1997, expenditures on drugs have been the second largest category of total health care spending, overtaking spending on physician services. The share of total health care spending allocated for drugs has grown continuously over the last 25 years, from 8.8% in 1975 to 9.5% in 1985, 13.4% in 1995 and 15.5% in 2000.

**GRAPH 4.7**  
**SHARE OF PUBLIC/PRIVATE HEALTH CARE SPENDING BY CATEGORY, 2000**



Source: CIHI (2000) and Library of Parliament.

Public spending by category ranges from 100% of expenditures on public health to 10% of expenditures on health care providers other than physicians (see Graph 4.7). More than 70% of total expenditures in all categories, except drugs and other professionals, is publicly funded. Public sector spending on hospitals accounts for some 91% of total spending on hospitals, while just under 99% of total physician services is financed by public sector sources. Private health care spending in Canada is generally concentrated in areas such as



drugs, dental services, vision care and home care, items for the most part not covered under the *Canada Health Act*.

#### **4.4 International Comparisons**

International comparisons are another way of evaluating our health care system. Indeed, in attempting to determine the optimum size of the health care sector, international comparisons are essential to gaining a better understanding of the volume of expenditures and the factors causing them to increase. There is a variety of indicators for health care spending that can be used when comparing countries. As Professor Deber pointed out during her presentation to the Committee, it is important to give a precise definition of what is measured by each indicator because Canada's ranking changes depending upon the indicator used to measure health care spending.

There are three types of indicators that are most commonly used to compare the level of health care expenditures among countries. The most frequently used indicator is the ratio of health care expenditures to GDP, which measures how much of the total economy each country is devoting to health care.

As shown in Table 4.1, in 1998, Canada ranked fourth (9.5%) among the OECD countries, after the United States (13.6%), Germany (10.6%) and Switzerland (10.4%), in terms of the ratio of total health care expenditures to GDP. The United States spent the highest proportion of GDP on health care, while Turkey spent the least. Japan ranked 18<sup>th</sup>, with a relatively low proportion of GDP devoted to health care (7.6%). On average, OECD countries spent 7.9% of GDP on health care. This indicator suggests that Canada spent more on health care than the OECD average in 1998 and is one of the top spenders on health care.

TABLE 4.1

Health Care Expenditures in OECD Countries in 1998						
Country	Expenditures as a % of GDP	Rank	Per Capita Expenditures in US \$	Rank	Per Capita Expenditures In \$ PPP	Rank
Australia	8.5	9	1,691	17	2,036	12
Austria	8.2	15	2,164	11	1,968	13
Belgium	8.8	6	2,169	10	2,081	9
<b>Canada</b>	<b>9.5</b>	<b>4</b>	<b>1,828</b>	<b>14</b>	<b>2,312</b>	<b>5</b>
Czech Republic	7.2	19	393	24	930	24
Denmark	8.3	12	2,736	5	2,133	7
Finland	6.9	21	1,724	15	1,502	17
France	9.5	5	2,333	8	2,055	11
Germany	10.6	2	2,769	4	2,424	3
Greece	8.3	13	957	22	1,167	23
Hungary	6.8	22	319	26	705	26
Iceland	8.3	14	2,468	7	2,103	8
Ireland	6.4	24	1,436	19	1,436	19
Italy	8.4	10	1,720	16	1,783	15
Japan	7.6	18	2,283	9	1,822	14
Korea	5.0	27	351	25	730	25
Luxembourg	5.9	26	2,473*	6*	2,215	6
Mexico	4.7*	28*	202*	28*	356*	28*
Netherlands	8.6	7	2,143	13	2,070	10
New Zealand	8.1	16	1,127	20	1,424	20
Norway	8.6	8	2,836	3	2,330	4
Poland	6.4	25	263	27	496	27
Portugal	7.8	17	859	23	1,237	21
Spain	7.1	20	1,044	21	1,218	22
Sweden	8.4	11	2,146	12	1,746	16
Switzerland	10.4	3	3,834	2	2,794	2
Turkey	4.0*	29*	122*	29*	255*	29*
United Kingdom	6.7	23	1,607	18	1,461	18
<b>United States</b>	<b>13.6</b>	<b>1</b>	<b>4,178</b>	<b>1</b>	<b>4,178</b>	<b>1</b>
OECD Average	7.9	-	1,730	-	1,689	-

\*1997 data.

Source: OECD Health Data 2000.

Another international indicator is “nominal spending per capita”: it involves converting national currency units into a common unit (usually US dollars) and then dividing by its population. This indicator is therefore adjusted for population size. The third column in Table 4.1 indicates that Canadian health care spending in 1998 amounted to \$1,828 US per capita. Using this measure, Canada slipped to 14<sup>th</sup> place, far behind the United States (\$4,178 – 1<sup>st</sup> place), Switzerland (\$3,834 – 2<sup>nd</sup> place), Norway (\$2,836 – 3<sup>d</sup> place) and Germany (\$2,769 – 4<sup>th</sup> place). Canada’s spending on health care was comparable with that

of Sweden, the Netherlands and Finland. By comparison, Japan ranked 9<sup>th</sup>, spending \$2,283 US per capita. Using this indicator, Canadian spending on health care is in line with the average OECD amount and we are not among the countries that spend the most on health care. Japan's showing is not nearly so impressive: while it ranked 18<sup>th</sup> in terms of health care expenditures as a percent of GDP (among the lowest spending levels), Japan's comes in 9<sup>th</sup> place in terms of US dollars per capita (among the highest levels of health care expenditures).

A more sophisticated indicator uses purchasing power parity (PPP) per capita; it is computed by comparing the prices of identical products in various countries and dividing by population.<sup>62</sup> The conversion into PPPs eliminates price disparities between countries. With this indicator, Canada remains among the top, ranking 5<sup>th</sup> (\$2,312 per capita), following the United States (\$4,178), Switzerland (\$2,794), Germany (\$2,424) and Norway (\$2,330). Japan ranked 14<sup>th</sup>, in the middle of all the OECD countries (\$1,822).

Regardless of the measurement used, the United States clearly spent the most on health care in 1997, followed by Germany and Switzerland. Although Canada's spending was high, it was proportional to that of several other countries.

Table 4.2 provides the OECD ranking with respect to public health care spending. In 1998 in almost all countries, the best part of health care spending came from the public sector. In Canada, 69.6% of total health care expenditures were publicly financed, a proportion lower than the average among OECD countries (73.6%). The United States and Korea were the only two OECD countries where more health care spending came from the private sector than from the public sector, with approximately 45% of total health care spending coming from public sources. At the other extreme was Luxembourg, where 92.3% of total health care expenditures were publicly financed. Compared with other OECD countries, Canada

---

<sup>62</sup> PPP is an international price index calculated by comparing the prices of identical goods in various countries. It indicates the rate at which one currency must be converted into another currency to be able to purchase an equivalent basket of goods and services in other countries. Dollars adjusted by the PPP make it possible to compare the prices of identical products in various countries. PPP is not, therefore, simply a monetary conversion but an equivalence which takes into consideration a real value assigned to a basket of goods and services.



had the 9<sup>th</sup> highest public health care expenditures measured as a percentage of GDP. Interestingly, Canada's level of public health care spending as a proportion of GDP was close to that of the United States.

**TABLE 4.2**

<b>Public Health Care Expenditures in OECD Countries (1998)</b>				
<b>Country</b>	<b>Public Share of Total Health Care Expenditures (%)</b>	<b>Rank</b>	<b>Public Health Care Expenditures as a % of GDP</b>	<b>Rank</b>
Australia	69.5	22	5.9	15
Austria	70.5	19	5.8	16
Belgium	89.7	3	7.9	1
<b>Canada</b>	<b>69.6</b>	<b>21</b>	<b>6.6</b>	<b>9</b>
Czech Republic	91.9	2	6.6	10
Denmark	81.9	8	6.8	8
Finland	76.3	14	5.3	21
France	76.4	13	7.2	4
Germany	74.6	16	7.9	2
Greece	56.8	27	4.7	25
Hungary	76.5	12	5.2	22
Iceland	84.3	4	7.0	6
Ireland	75.8	15	4.8	24
Italy	67.3	23	5.6	17
Japan	78.3	9	6.0	13
Korea	45.8	28	2.3	29
Luxembourg	92.3	1	5.4	19
Mexico	60.0*	26*	2.8*	28*
Netherlands	70.4	20	6.0	14
New Zealand	77.1	10	6.2	11
Norway	83.1	7	7.1	5
Poland	65.4	25	4.2	26
Portugal	66.9	24	5.2	23
Spain	76.9	11	5.4	20
Sweden	83.8	5	7.0	7
Switzerland	73.4	17	7.7	3
Turkey	72.8*	18*	2.9*	27*
United Kingdom	83.7	6	5.6	18
<b>United States</b>	<b>44.7</b>	<b>29</b>	<b>6.1</b>	<b>12</b>
OECD Average	73.6	-	5.8	-

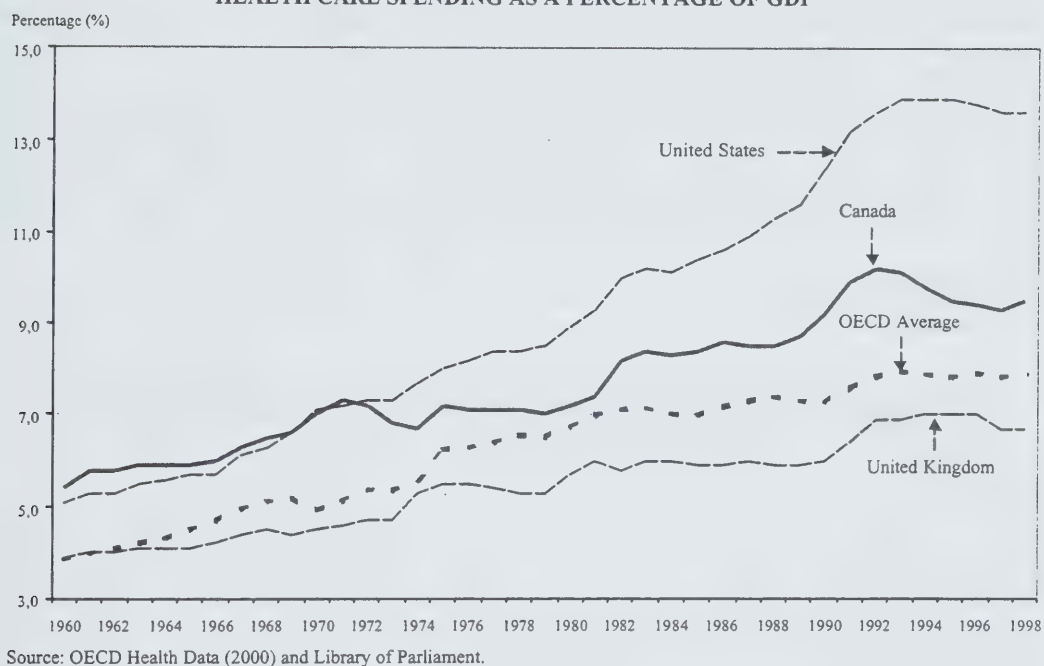
\*1997 data.

Source: OECD Health Data 2000.

Have different countries experienced similar trends in health care expenditures over the last four decades? Graph 4.8 depicts the evolution of health care expenditures as a percentage of GDP in selected OECD countries from 1960 to 1998. It can be seen that the United

Kingdom has consistently devoted far less of its GDP to health care than either Canada or the United States has done. Trends in health care to GDP ratio in Canada and the United States looked virtually identical until about 1971 – when Canada instituted universal health care insurance, while the United States did not.

**GRAPH 4.8**  
**HEALTH CARE SPENDING AS A PERCENTAGE OF GDP**

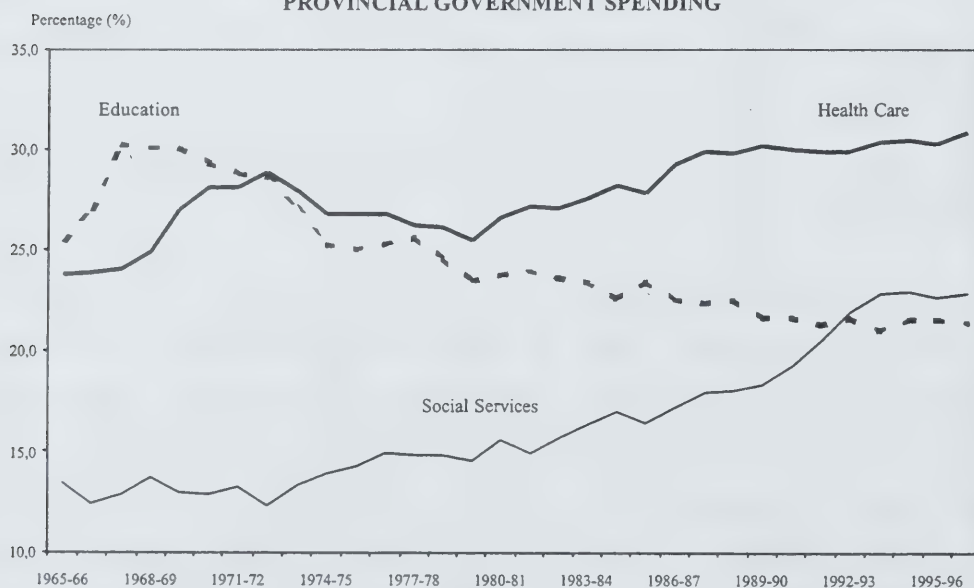


The health care spending to GDP ratio in Canada remained relatively stable throughout the 1970s. Then it peaked at 10.2% in 1992, second only to the United States. Many observers have argued that Canada now had one of the most expensive health care systems among OECD countries. This result was widely discussed and interpreted as meaning that the Canadian model was inherently inflationary. As in Canada, most OECD countries experienced growth in health care expenditures as a percentage of GDP during most of the 1975-1990 period. Increases also occurred in the early 1990s, during periods of low GDP growth and recession, and then were followed by stabilization or slight declines in the ratio of health care spending to GDP. However, Canada is the only country to have experienced a five-year decline (from 1992 to 1997).

## 4.5 Health Care is a Priority in the Provinces

During her testimony, Raisa Deber contended that health care is the priority for provincial governments and that spending on education and social assistance has been cut rather drastically in the provinces. Graph 4.9 depicts provincial government spending on health care, education and social services as a percentage of total program spending; while provincial governments have increased the proportion of public spending devoted to health care and social assistance, spending on education has been declining steadily. The 2000-01 Performance and Potential report of the Conference Board of Canada shows similar trends: in the last three years, 62% of the increase in provincial government spending went to health care, while 25% was devoted to education, 3% to social services, 5% to interest and 5% to general spending.<sup>63</sup>

GRAPH 4.9  
HEALTH CARE, EDUCATION AND SOCIAL SERVICES AS A PERCENTAGE OF  
PROVINCIAL GOVERNMENT SPENDING



Source: Statistics Canada, CANSIM and Library of Parliament.

<sup>63</sup> Conference Board of Canada, *Performance and Potential 2000-2001 – Seeking “Made in Canada” Solutions*, 2000, p. 115.



## 4.6 Committee Commentary

We hope that this chapter will contribute to a better understanding of the past and current trends in health care spending, of the relationship between public and private health care expenditures, and of the Canadian situation in terms of international comparisons. There remain, however, gaps in the information about health care expenditures. In a recent report, CIHI indicates what we do not know about health care spending in Canada:

- How do changes in health care spending affect the health status of the population?
- How does health care spending differ between regions within provinces?
- What are the costs of treating specific diseases?
- What are the costs of rehabilitation, health promotion and other community-based services?
- How much do Canadians spend out-of-pocket on complementary and alternative medicine (e.g. massage therapy, homeopathy, herbs and other similar remedies, etc.)?<sup>64</sup>

Moreover, there are still other difficult questions. For example, how much of its GDP should Canada devote to health care? What would be an appropriate level of public health care spending? What role should the private sector play in the financing of health care? What should be the role of the federal government in health care and, more specifically, how much money should it earmark for health care? What factors could explain the disparities in health care costs among OECD countries? Are there important lessons for future public policy in Canada that can be learned from a close examination of the international experience? These questions and others will be debated when the Committee examines a set of options for the future of Canadian health care system in Phase Four of its study.

---

<sup>64</sup> CIHI, *Health Care in Canada – A First Annual Report*, 2000, p. 21.



## CHAPTER FIVE:

### HEALTH STATUS AND THE CONCEPT OF POPULATION HEALTH

---

Canadians are extremely interested in health. Personal health status, the health of family members and that of our friends are all important. Good health enables us to lead productive and fulfilling lives. For the country as a whole, a high level of health contributes to increased prosperity and overall social stability. Therefore, the overall level of health enjoyed by Canadians is an important indicator of the success of our society and our quality of life.

#### 5.1 Health Status of Canadians

There is a variety of health status indicators. Life expectancy, for instance, is a widely used, internationally accepted measurement of the health of a population. It is defined as the average number of years an individual of a given age is expected to live if current mortality rates continue.

*Over the past several decades, the health of Canadians has been going up and up and up, surpassing all other countries. We are now second in the world in terms of our life expectancy, second only to Japan. I would anticipate before long that we will be number one. We are increasing at a rate that is even more rapid than that of Japan, and Japan is experiencing some difficulties.*

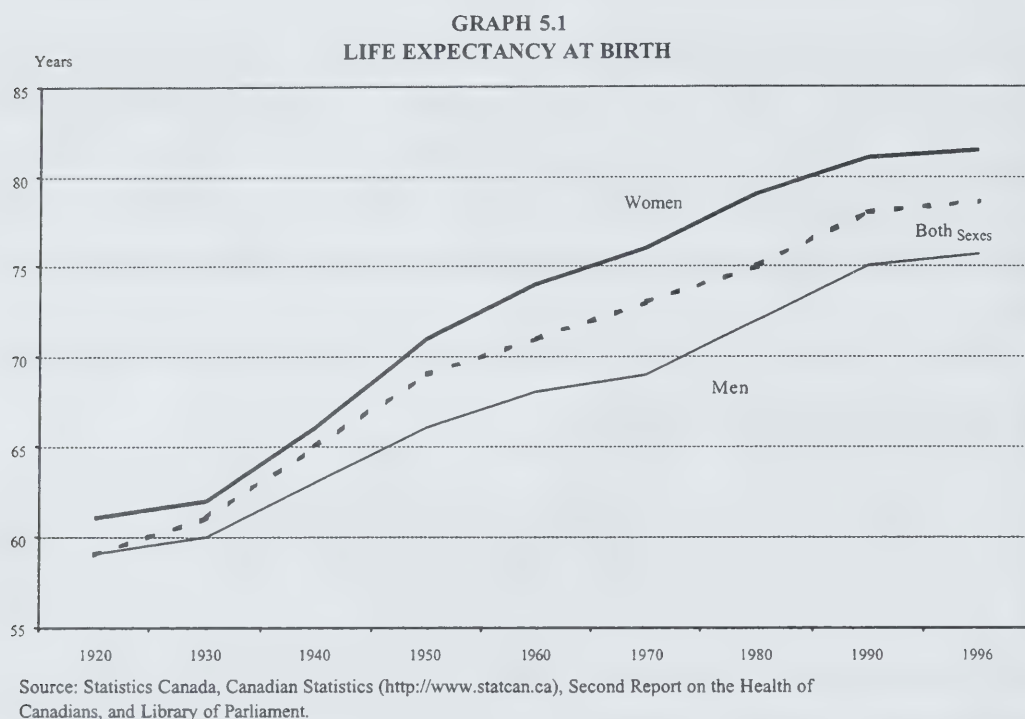
*Dr. John S. Millar, V-P, Research and Analysis, CIHI (14:33).*

Over the past century, life expectancy has increased steadily (see Graph 5.1). Based on current mortality patterns, a baby girl born in Canada in 1996 can expect to live 81 years on average, while a baby boy will live 76 years. This is a new high in Canada. At all ages, women have a greater life expectancy than men. The gap in life expectancy at birth between men and women has been narrowing, however, since the early 1980s.

Life expectancy measures years of life only. Related indicators are being developed to tell us whether those years of life are spent in good health. One example is disability-free life expectancy, which measures the years of life spent in various states of independence. In this regard, a Canadian child born in 1991 could expect to spend on average 69 years – almost 90% of his or her total life span – free from disabling health problems. Other measures



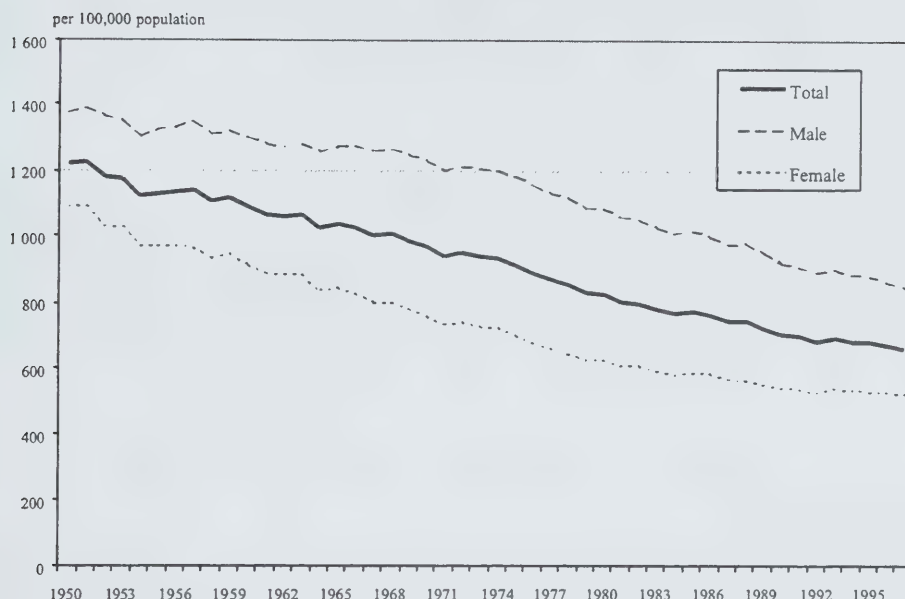
such as quality-adjusted life expectancy and health expectancy are still evolving, and long-term trends are not available.



Life expectancy and related indicators do not evolve very quickly, however, so it is not expected that significant changes will be observed from year to year. For example, between 1986 and 1991, disability-free life expectancy increased by 1.2 years for men and by 0.6 years for women.

The age-standardized mortality rate (ASMR) is another useful health status indicator. The ASMR is a measure of the death rate that is adjusted to take into account the age distribution of the population. Graph 5.2 depicts the evolution of the ASMR for both males and females over some 47 years. It can be seen that the ASMR for both sexes improved continually during this period. Specifically, the ASMR fell from 1,375 deaths per 100,000 males in 1950 to 848 deaths in 1997, and from 1,089 deaths per 100,000 females to 524.

**GRAPH 5.2**  
**AGE-STANDARDIZED MORTALITY RATES, ALL CAUSES**

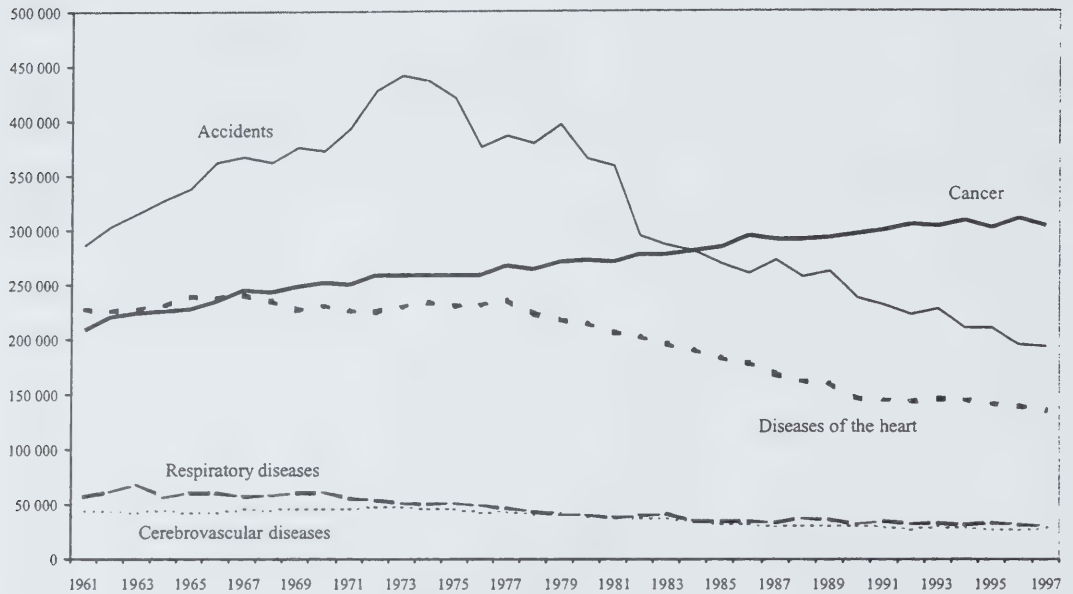


Source: Statistics Canada, *Health Statistics at a Glance*, Publication No. 82F0075XCB, 1999, and Library of Parliament.

Another internationally recognized indicator is called “potential years of life lost” (or PYLL). It refers to the number of years of life lost when a person dies before a specified age, say age 75. A person dying at age 25, for example, has lost 50 years of life. PYLL helps to identify causes of deaths which occur in younger age groups and which could, in theory, be prevented or postponed.

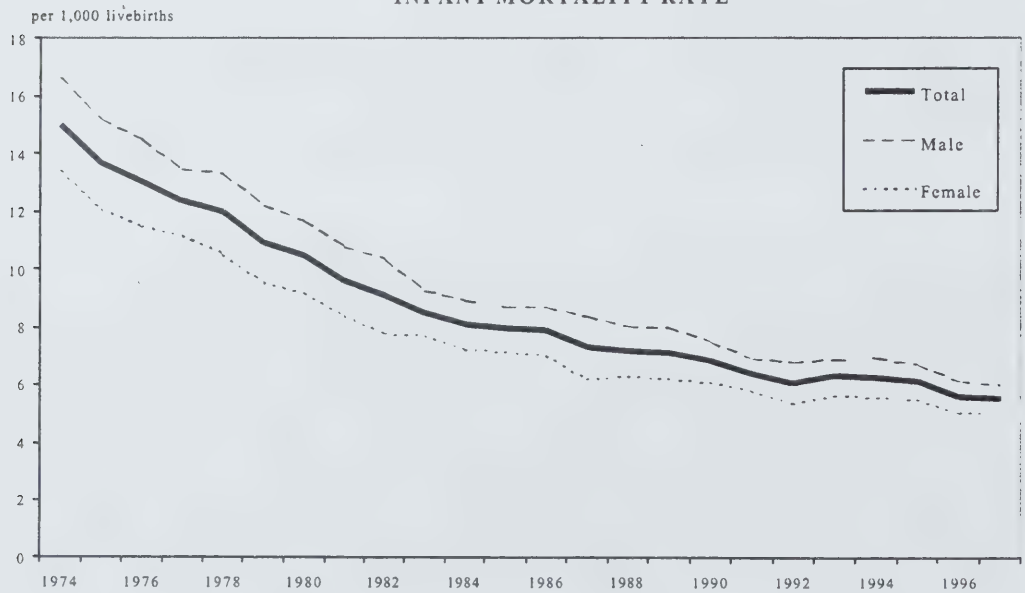
Long term trends in PYLL by major causes of death are presented in Graph 5.3. In 1997, there were over one million PYLL due to all causes, the most important being cancer, accidents and heart disease. As the graph indicates, cancer has been the leading cause of PYLL since 1984, and is the only major cause of PYLL to have continually increased. PYLL due to accidents have declined dramatically since 1979. The PYLL of heart disease, respiratory conditions and strokes has also declined over the past two decades. This suggests that Canada has been successful in reducing premature mortality over the past thirty years.

**GRAPH 5.3**  
**POTENTIAL YEARS OF LIFE LOST BY MAJOR CAUSE**



Source: Statistics Canada, *Health Statistics at a Glance*, Publication No. 82F0075XCB, 1999, and Library of Parliament.

**GRAPH 5.4**  
**INFANT MORTALITY RATE**



Source: Statistics Canada, *Health Statistics at a Glance*, Publication No. 82F0075XCB, 1999, and Library of Parliament.

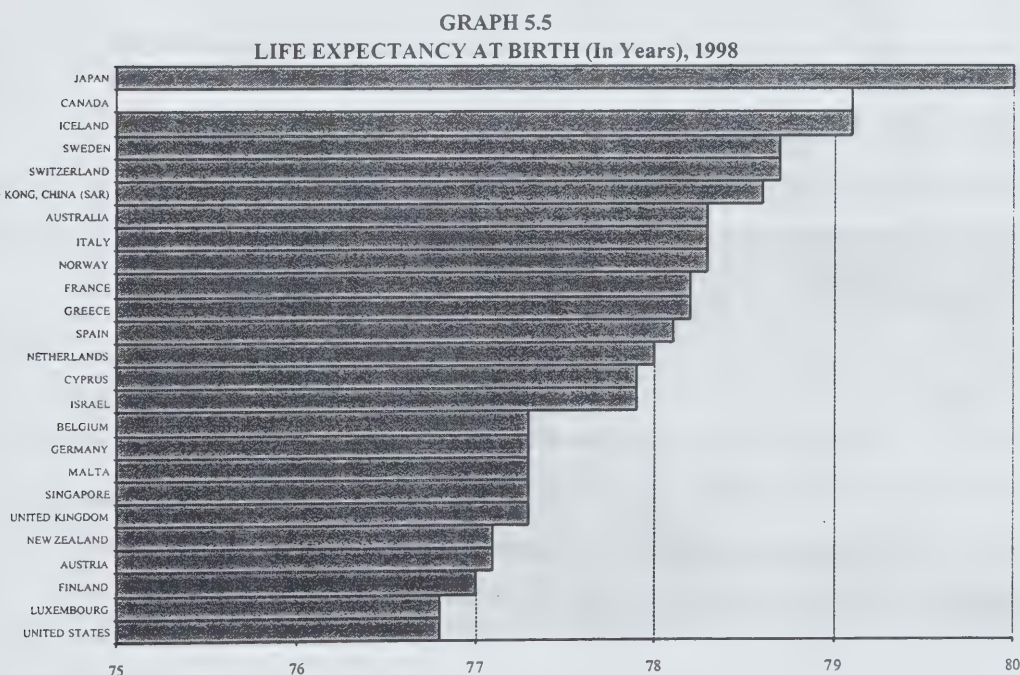


Infant mortality is often used as a basic indicator of social and economic development. The rate of infant mortality – deaths within the first year of life – has declined substantially over the last 20 years in Canada (see Graph 5.4). In 1997, the rate of infant mortality was about 6 out of every 1,000 newborns, down from 15 deaths per 1,000 births in 1974.

Overall, the health status of Canadians has improved continuously over the past decades. Canadians live longer with fewer disabilities in old age. Fewer babies die in the first year of life and premature deaths from major causes, except cancer, continue to decline. Where does Canada stand internationally in terms of health status?

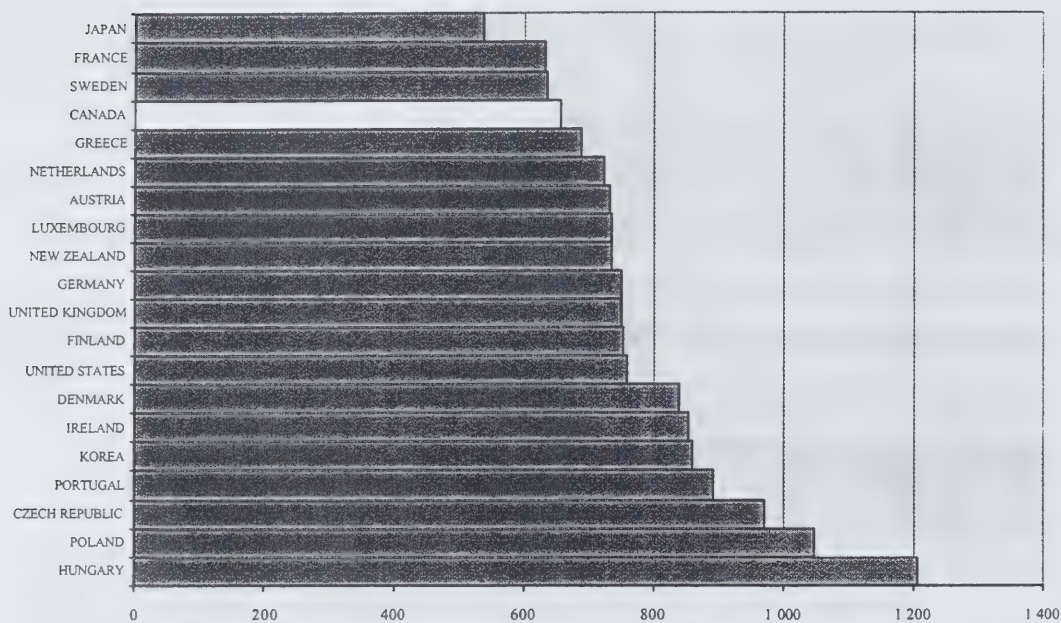
## 5.2 How Does Canada Compare to Other Countries?

In 1998, life expectancy at birth for Canadians was 79 years. Canada ranked second only to Japan (80 years) among the 25 countries with the longest life expectancy (see Graph 5.5). By contrast, the United States ranked the lowest, along with Luxembourg.



Canada ranked fourth in 1996 in terms of age-standardized mortality rates among 20 OECD countries (see Graph 5.6). Japan had the lowest rate, followed by France and Sweden. By comparison, Germany ranked 10<sup>th</sup>, the United Kingdom 11<sup>th</sup> and the United States 13<sup>th</sup>.

**GRAPH 5.6**  
**AGE-STANDARDIZED MORTALITY RATES PER 100,000 POPULATION, 1996**

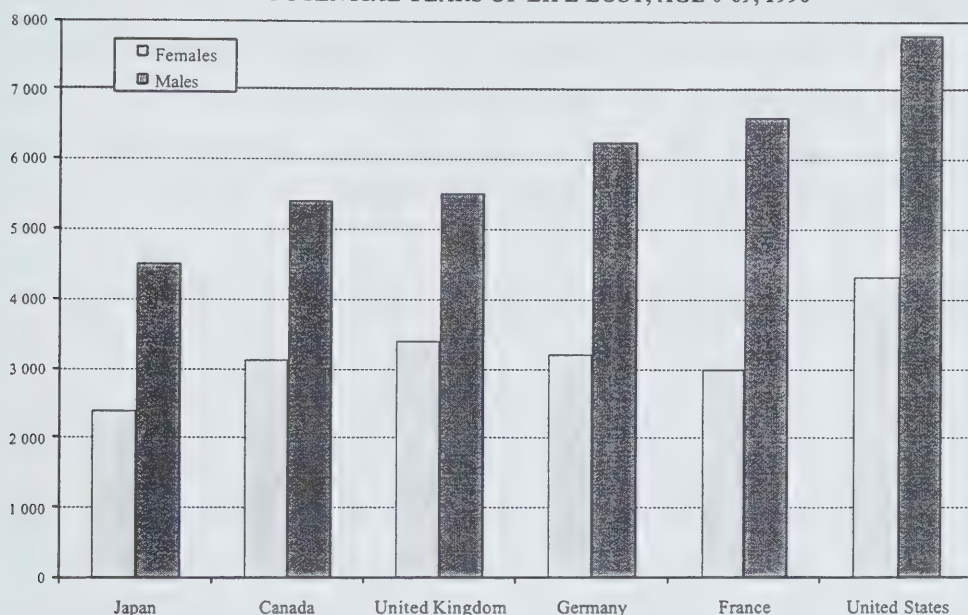


Source: OECD Health Data (2000) and Library of Parliament.

Compared to five other industrialized countries for which figures are available, Canada ranked second lowest in PYLL per 100,000 population for males and third lowest for females (see Graph 5.7).

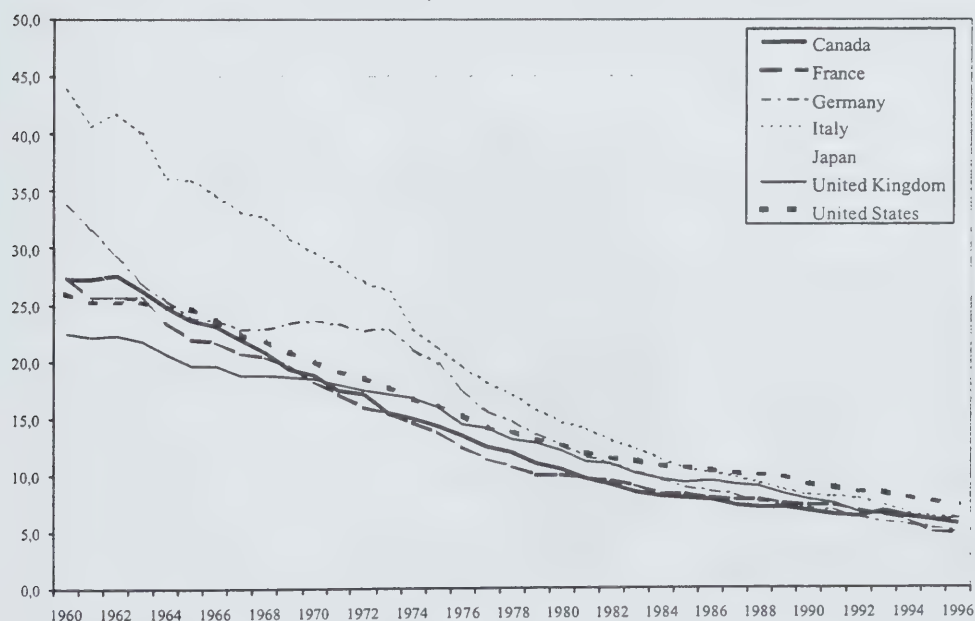
Like Canada, other industrialized countries have seen a decline in their infant mortality rates over the past few decades (see Graph 5.8). In 1960, the rates ranged from a low of 22 per 1,000 in the United Kingdom to a high of 44 per 1,000 in Italy. By 1996, the rates had fallen to a low of 4 in Japan and a high of 7 in the United States. Canada's infant mortality rate remains far above that of Japan which is the lowest in the world.

**GRAPH 5.7**  
**POTENTIAL YEARS OF LIFE LOST, AGE 0-69, 1996**



Source: OECD Health Data (2000) and Library of Parliament.

**GRAPH 5.8**  
**INFANT MORTALITY RATES (DEATHS PER THOUSAND OF LIVE BIRTHS)**



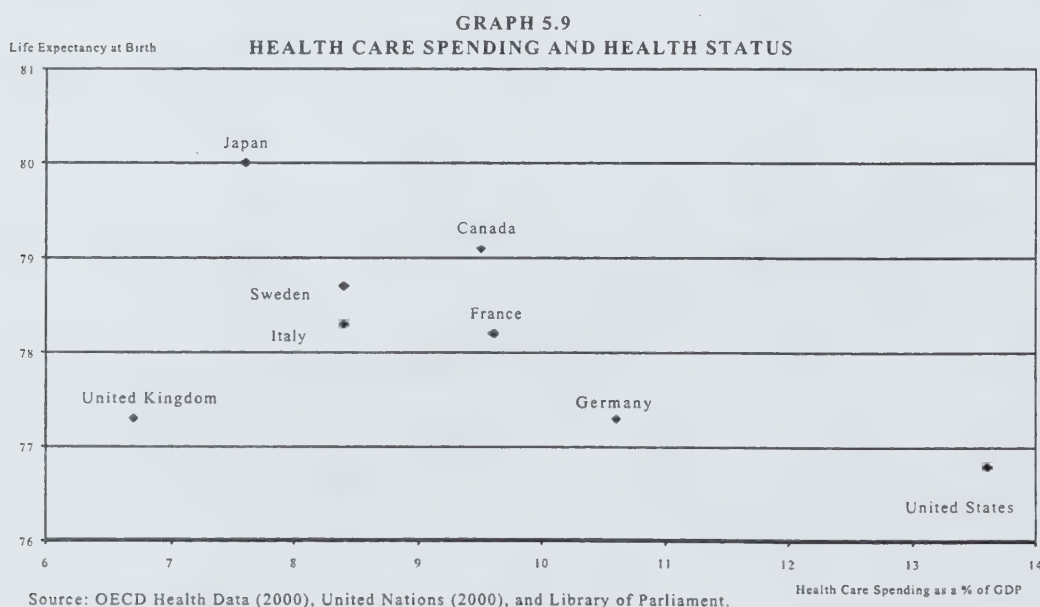
Source: OECD Health Data (2000) and Library of Parliament



Overall, a variety of health indicators show that Canadians enjoy a standard of health that is among the highest in the world. Canada ranks second in life expectancy, behind only Japan. Canadian mortality rates are among the lowest in OECD countries, behind only those of France, Sweden and Australia. And Canada has the second lowest premature mortality rate among industrialized countries. While Canada's infant mortality rate is still higher than Japan's, it is well below the American rate.

### 5.3 Health Care Expenditures and Health Status

Somewhat surprisingly perhaps, there is no definitive relationship between a country's spending on health care and the health status of its population (see Graph 5.9). For example, the Japanese have the longest life expectancy; yet their health care expenditure as a percentage of GDP is the second lowest among the industrialized countries. By contrast, the Americans have the highest ratio of health care spending to GDP, but their life expectancy is one of the lowest and their infant mortality rate one of the highest. While Sweden and Italy have similar levels of health care expenditures, the life expectancy of their respective populations differs. In addition, Canada spends less on health care than the United States, but the overall health status of Canadians is much better.

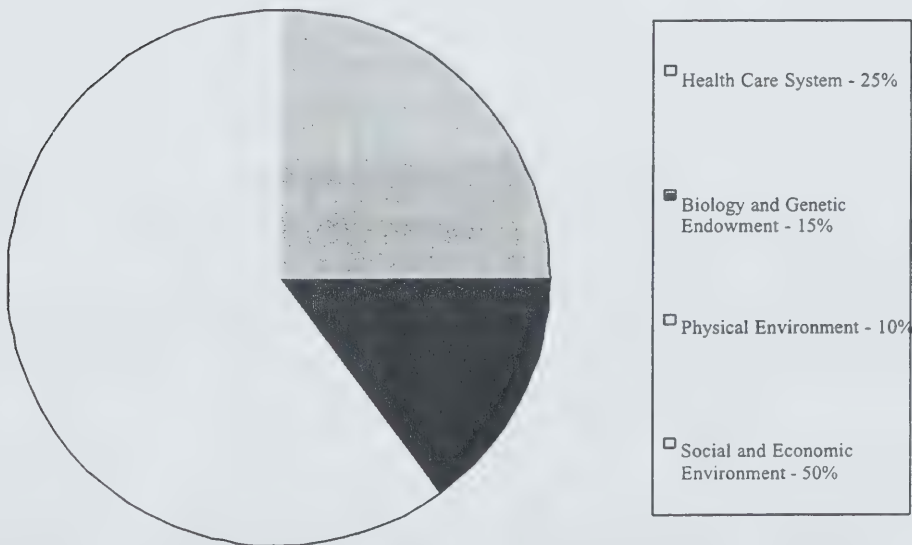


It is obvious that there is no clear relationship between a country's health care spending and the health status of its population. In other words, the health status of a population depends on many factors of which health care is only one.

### 5.4 The Concept of Population Health

It is clear that the state of the health care system affects our health. Services such as childhood immunisation, medications to reduce high blood pressure as well as heart surgery all contribute to health and well-being. But a good health care system is only one of numerous factors that contribute to good health. Graph 5.10 reproduces a chart prepared by the Canadian Institute for Advanced Research available on Health Canada's website. This graph suggests that only 25% of the health of the population is attributable to the health care system, while 75% is dependent on factors such as biology and genetic endowment, the physical environment and socio-economic conditions.

GRAPH 5.10  
ESTIMATED IMPACT OF DETERMINANTS OF HEALTH ON THE HEALTH  
STATUS OF THE POPULATION



Source: Estimation by the Canadian Institute for Advanced Research, Graph available on Health Canada's Website.

The term “population health” is used to describe the multiplicity and range of factors which all contribute to health. “Determinants of health” is the collective label given to the multiple factors which are now thought to contribute to population health. While there is no agreement on a finite set or the relative importance of the determinants of health, a certain degree of consensus has developed over the past decade. The list of health determinants presented in Table 5.1 was provided by Health Canada. It must be pointed out that the population health approach does not detract from the impact of the health care system, but it includes additional factors or determinants of health and takes the interaction between and among the determinants into consideration.

Unlike traditional health care, which deals with individuals one at a time when they become ill, population health strategies aim to improve the health of an entire population through broadly based preventive approaches that take determinants of health into account. Such preventive approaches ward off potential health problems before they have an impact on the health care system.

*Whenever one sees a person in a care situation – I am focusing here on primary care in particular – it is imperative for there to be consideration of the environment from which that person comes: the social, economic, and physical environmental forces that work on and affect that person's life.*

*Robert McMurtry, G.D.W. Cameron Visiting Chair, Health Canada (8:24).*

The concept of population health is not new. In 1974<sup>65</sup>, the then federal Minister of Health, Marc Lalonde, released a working document entitled *A New Perspective on the Health of Canadians*. This report put forward the idea that good health is not the result of medical care alone. For example, it proposed that changes in lifestyles or to social and physical environments would likely improve in the health status of Canadians more than would spending more money on health care delivery. The Lalonde report identified four major health determinants: human biology, environment, lifestyle and health care organization.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> This review of the development of population health approach in Canada was based on a document entitled *Population Health Initiatives* provided to the Committee by Health Canada.

<sup>66</sup> Marc Lalonde, Minister of National Health and Welfare, *A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document*, Ottawa, April 1974, p. 31.



**TABLE 5.1**  
**KEY DETERMINANTS OF HEALTH**

KEY DETERMINANTS	UNDERLYING PREMISES
<b>Income and Social Status</b>	<p><b>Health status improves at each step up the income and social hierarchy.</b></p> <p>High income determines living conditions such as safe housing and ability to buy sufficient good food. The healthiest populations are those in societies which are prosperous and have an equitable distribution of wealth.</p>
<b>Social Support Networks</b>	<p><b>Support from families, friends and communities is associated with better health.</b></p> <p>The importance of effective responses to stress and having the support of family and friends provides a caring and supportive relationship that seems to act as a buffer against health problems.</p>
<b>Education</b>	<p><b>Health status improves with level of education.</b></p> <p>Education increases opportunities for income and job security, and equips people with a sense of control over life circumstances - key factors that influence health.</p>
<b>Employment/Working Conditions</b>	<p><b>Unemployment, underemployment and stressful work are associated with poorer health.</b></p> <p>People who have more control over their work circumstances and fewer stress related demands of the job are healthier and often live longer than those in more stressful or riskier work and activities.</p>
<b>Social Environments</b>	<p><b>The array of values and norms of a society influence in varying ways the health and well-being of individuals and populations.</b></p> <p>In addition, social stability, recognition of diversity, safety, good working relationships, and cohesive communities provide a supportive society that reduces or avoids many potential risks to good health. Studies have shown that low availability of emotional support and low social participation have a negative impact on health and well-being.</p>
<b>Physical Environments</b>	<p><b>Physical factors in the natural environment (e.g., air, water quality) are key influences on health. Factors in the human-built environment such as housing, workplace safety, community and road design are also important influences.</b></p>
<b>Personal Health Practices and Coping Skills</b>	<p><b>Social environments that enable and support healthy choices and lifestyles, as well as people's knowledge, intentions, behaviours and coping skills for dealing with life in healthy ways, are key influences on health.</b></p> <p>Research in areas such as heart disease and disadvantaged childhood indicates that biochemical and physiological pathways link the individual socio-economic experience to vascular conditions and other adverse health events.</p>

<b>Healthy Childhood Development</b>	<p><b>The effect of prenatal and early childhood experiences on subsequent health, well-being, coping skills and competence is very powerful.</b></p> <p>Children born in low-income families are more likely than those born to high-income families to have low birth weights, to eat less nutritious food and to have more difficulty in school.</p>
<b>Biology and Genetic Endowment</b>	<p><b>The basic biology and organic make-up of the human body are a fundamental determinant of health.</b></p> <p>Genetic endowment provides an inherited predisposition to a wide range of individual responses that affect health status. Although socio-economic and environmental factors are important determinants of overall health, in some circumstances genetic endowment appears to predispose certain individuals to particular diseases or health problems.</p>
<b>Health Care</b>	<p><b>Health services, particularly those designed to maintain and promote health, to prevent disease, and to restore health and function contribute to population health.</b></p>
<b>Gender</b>	<p><b>Gender refers to the array of society-determined roles, personality traits, attitudes, behaviours, values, relative power and influence that society ascribes to the two sexes on a differential basis.</b></p> <p>"Gendered" norms influence the health system's practices and priorities. Many health issues are a function of gender-based social status or roles. Women, for example, are more vulnerable to gender-based sexual or physical violence, low income, lone parenthood, gender-based causes of exposure to health risks and threats (e.g., accidents, STDs, suicide, smoking, substance abuse, prescription drugs, physical inactivity).</p>
<b>Culture</b>	<p><b>Some persons or groups may face additional health risks due to a socio-economic environment, which is largely determined by dominant cultural values that contribute to the perpetuation of conditions such as marginalization, stigmatization, loss or devaluation of language and culture and lack of access to culturally appropriate health care and services.</b></p>

*Source: Health Canada, Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health, Discussion Paper, December 1996, pp. 15-16; F/P/T Advisory Committee on Population Health, Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians, Ottawa, 1994, pp. 2-3.*

The Jake Epp report, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, released in 1986 when he was federal minister of health, gave us new insight into the field of population

health by focusing on the broader social, economic and environmental factors affecting health.<sup>67</sup>

The Epp report viewed health promotion as a complement to the health care system and a means to reduce health inequities between the various socio-economic population groups, to prevent the occurrence of injuries, illnesses, chronic conditions and their resulting disabilities, and to enhance people's ability to manage and cope with chronic conditions, disabilities and mental health problems.

In 1989, the Canadian Institute for Advanced Research (CIAR) argued that individual determinants of health do not act in isolation, noting instead that it is the complex interaction among the various determinants that can have a far more significant effect on health. These types of interaction can help explain why some groups of Canadians are healthier than others in spite of the fact that all Canadians have equal access to the health care system.

*This new understanding that is affecting our health beliefs is the increasing appreciation of how the environment in which individuals live and work throughout the life cycle has major effects on physical and mental health problems.*

*Dr. J. Fraser Mustard, Brief to the Committee, 22 March 2000, p. 7.*

In 1994, the population health approach was officially endorsed by the federal, provincial and territorial Ministers of Health in a report entitled *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*.<sup>68</sup> This report summarized what was known at the time about the broad determinants of health and set out a framework to guide the development of policies and strategies to improve population health.

In 1997, the National Forum on Health furthered the discussion of the determinants of health. It stressed the importance of working, not only with health departments, but with various sectors, to take action on the determinants of health. It proposed the establishment of a "Population Health Institute" as an instrument to improve decision-making in the field

<sup>67</sup> Jake Epp, Minister of Health and Welfare, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, Ottawa, 1986.

<sup>68</sup> Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*, Ottawa, 1994.



of health by contributing and promoting a population health perspective in health research and policy-making.

In response to the Forum's recommendation, the federal government launched the Canadian Population Health Initiative (CPHI) in 1999. Established within CIHI, the initiative is designed to bring together researchers and analysts from across the country. It builds on existing databases and aims at creating a statistical infrastructure that will form the foundation of population health research. It will aggregate and analyse data, develop data standards and common definitions, report to the public on the national health status and health system performance as well as act as a resource for the development and evaluation of public policy. The first CPHI Council was announced on February 3, 2000. It is now developing a research agenda, and dissemination and communication strategies.

Again in 1999, the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health released a report entitled *Intersectoral Action... Towards Population Health* which stressed that improving the health, well-being and quality of life of the population requires the involvement of many sectors.<sup>69</sup> It stated that intersectoral action – cooperation and collaboration within and between organizations and sectors – must involve the public and government sectors, the voluntary sector, the private sector, businesses, professionals and consumers in the fields of health, justice, education, social services, finance, agriculture, environment, and so forth.

Following the release of the *Second Report on the Health of Canadians* (September 2000), all federal, provincial and territorial Ministers of Health have agreed to the following priority areas for action on the broader, underlying conditions that make Canadians healthy or unhealthy in the first place. These are:

- renewing and reorienting the health care sector;
- investing in the health and well-being of key population groups;

---

<sup>69</sup> Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, *Intersectoral Action... Towards Population Health*, Ottawa, June 1999.

- improving health and reducing disparities in literacy, education and income distribution in Canada.

## 5.5 What Makes Canadians Healthy or Unhealthy?

Health status in Canada does not extend evenly to all Canadians. Our universal health care system has ensured equitable access to insured services, but not necessarily to good health for everybody. There are variances in terms of many different health status indicators between the affluent and the poor, and these cannot only be explained by unequal access to health care services.

*Within that overall good news story about the health of Canadians, there are some more disturbing stories, because certainly not all Canadians enjoy that high level of good health. Aboriginal people, particularly, have a life expectancy that is five, seven or twelve years different, depending on how you measure it. Certainly, people in northern, rural, and low-income, urban areas have a remarkably lower life expectancy than more affluent Canadians; so there are some problems.*

*Dr. John S. Millar, V.P., Research and Analysis, CIHI, 14:33.*

Disparities in health status exist in terms of geographical location, demographic factors, socio-economic conditions, gender differences and so on.

A copy of the *Second Report on the Health of Canadians* was tabled with the Committee.<sup>70</sup> This comprehensive report provides valuable information and comments on the health status of Canadians using a population health approach. Among other things, it points out that:

- Low-income Canadians are more likely to die earlier and to suffer more illnesses than Canadians with higher incomes;
- Large disparities in income distribution lead to increases in social problems and poorer health among the population as a whole;
- Canadians with low literacy skills are more likely to be unemployed and poor, to suffer poorer health and to die earlier than Canadians with high levels of literacy;
- Canadians with higher levels of education have better access to healthy physical environments and are better able to prepare their children for school than people with low levels of education. They also tend to smoke less, to be more physically active and to have access to healthier food;

<sup>70</sup> Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, *Toward a Healthy Future – Second Report on the Health of Canadians*, 1999.

- Studies in neurobiology have confirmed that experiences from conception to age 6 have the largest influence of any time in the life cycle on the connecting and sculpting of the brain's neurons. Positive stimulation early in life improves learning, behaviour and health right into adulthood;
- Ageing is not synonymous with poor health. Active living and the provision of opportunities for lifelong learning may be particularly important for maintaining health and cognitive capacity in old age;
- Despite reductions in infant mortality rates, improvements in education levels, and reductions in substance abuse in many Aboriginal communities, First Nations and Inuit people remain at higher risk than the Canadian population as a whole for illness and early death;
- Men are more likely to die prematurely than women, largely as a result of heart disease, fatal unintentional injuries, cancer and suicide. Women are more likely to suffer from depression, stress overload, chronic conditions, and injuries and deaths resulting from family violence;
- Older Canadians are far more likely than younger Canadians to have physical illnesses, but young people report the lowest levels of psychological well-being.

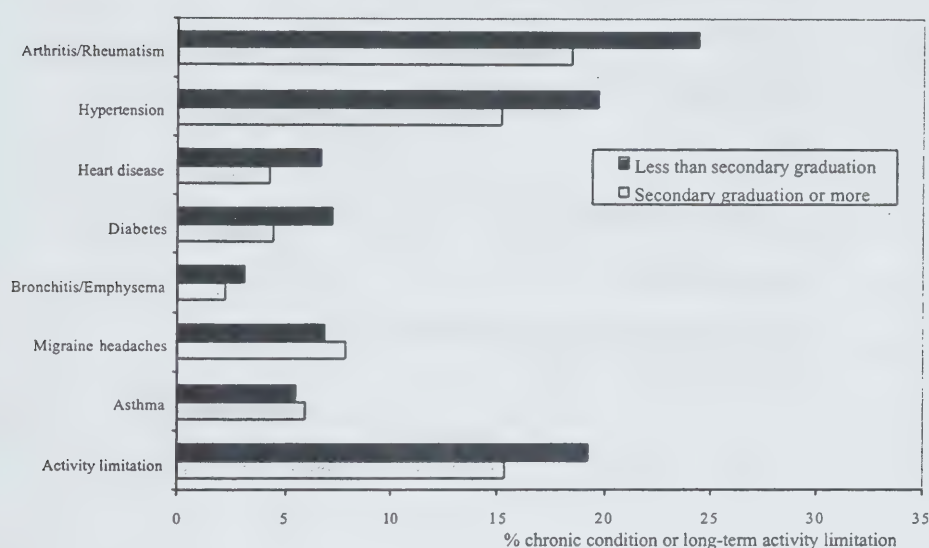
A recent study by Statistics Canada shows that chronic conditions and activity limitation are more prevalent among individuals aged 45 to 64 with lower education or lower income. In 1998-99, arthritis or rheumatism, high blood pressure, heart disease, diabetes, bronchitis or emphysema and activity limitation were more prevalent among those who had not graduated from high school (see Graph 5.11). These conditions, as well as asthma and migraine headaches, were also more prevalent among those with a low or lower-middle income than among those with a higher income (see Graph 5.12).

There are also great disparities in infant mortality rates between income groups. For example, Statistics Canada reports that infant mortality rates are highest in the poorest urban neighbourhoods, and lowest in the richest urban neighbourhoods. Graph 5.13 shows that, while there has been progress in reducing this disparity, the infant mortality rate in Canada's poorest neighbourhoods (6.5 per 1,000) in 1996 was still two-thirds higher than that of the richest neighbourhoods (3.9 per 1,000). Statistics Canada estimated that if the rate for all



Canada had been as low as that of the richest neighbourhoods, there would have been about 500 fewer infant deaths in 1996.<sup>71</sup>

**GRAPH 5.11**  
**PREVALENCE OF CHRONIC CONDITIONS OR LONG-TERM ACTIVITY**  
**LIMITATION BY EDUCATIONAL ATTAINMENT, POPULATION AGED 45-64**  
**CANADA EXCLUDING TERRITORIES, 1998-99**



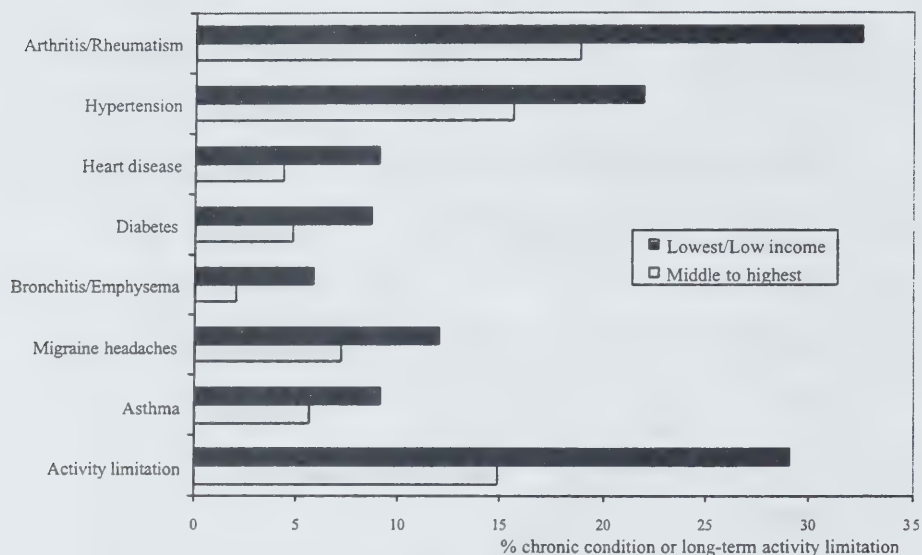
Source: "Health in mid-life," In Statistics Canada, *Health Reports*, Publication No. 82-003, Winter 1999, Vol. 11, No. 3.

## 5.6 Committee Commentary

While many Canadians enjoy high levels of health and although Canada ranks well above other countries in terms of most of the major health status indicators, there is definitely room for improvement. There are disparities in health associated with age, socio-economic conditions, gender and so on. Many witnesses told the Committee that it is imperative to reduce these disparities if we want to improve the overall health status of Canadians. In their view, this can be best achieved through a comprehensive population health approach.

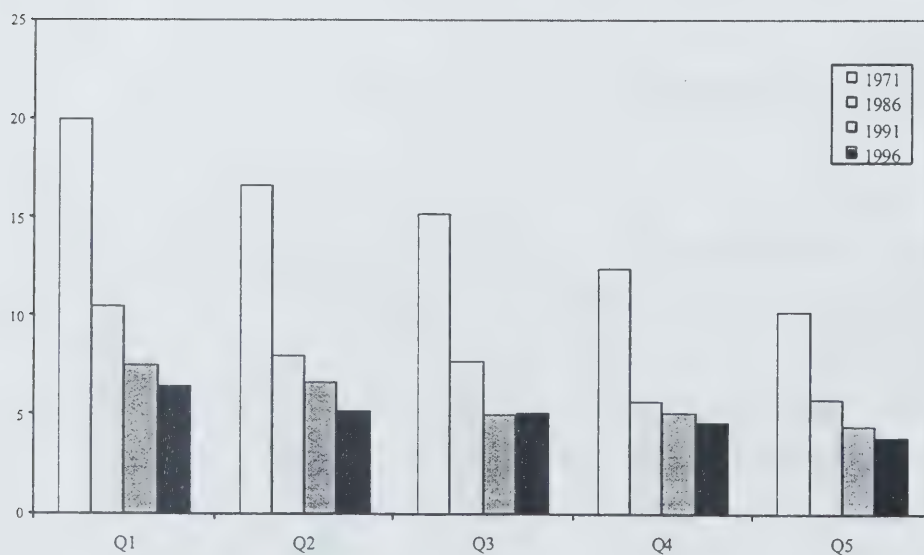
<sup>71</sup> Statistics Canada, "Health Status of Children", *Health Reports*, Catalogue 82-003, Winter 1999, Vol. 11, No. 3.

**GRAPH 5.12**  
**PREVALENCE OF CHRONIC CONDITIONS OR LONG-TERM ACTIVITY**  
**LIMITATION BY HOUSEHOLD INCOME, POPULATION AGED 45-64**  
**CANADA EXCLUDING TERRITORIES, 1998-99**



Source: "Health in mid-life," In Statistics Canada, *Health Reports*, Publication No. 82-003, Winter 1999, Vol. 11, No. 3.

**GRAPH 5.13**  
**INFANT MORTALITY RATES BY NEIGHBOURHOOD INCOME QUINTILE,**  
**URBAN CANADA**



Source: "Health Status of Children," In Statistics Canada, *Health Reports*, Publication No. 82-003, Winter 1999, Vol. 11, No. 3.

Witnesses also stressed that there is a need to better understand the links between health status and the various determinants of health. We do not know how changes in health care spending affect the health of a population. We do not know much about the impact of other public policies on health status as a recent report clearly indicated:

We have large gaps in our understanding of the factors affecting individuals' health over the medium to long term. For example, what is the longer-term effectiveness of sometimes competing procedures or interventions – such as coronary bypass surgery and balloon angioplasty? In the case of prostate cancer, what are the relative merits of drug therapy, surgery, or simply waiting and seeing? How do psychological interventions affect outcomes? What are the special health risks of different occupations? What are the long-term effects of many environmental hazards? To what degree, if at all, do people with low incomes or educational levels benefit from “equal access” provisions in the *Canada Health Act*?<sup>72</sup>

During his testimony, Sholom Glouberman raised the following question: given that health care is only one factor among a variety of health determinants, what role can or should the health ministers play in establishing population health strategies? Specifically, he told the Committee:

The Ministry of Health has a problem because the most critical contributors to health are not health-related by this account. They have to do with social status, control over work, level of education, and the Ministry of Health has no authority over these matters. If they take responsibility for this, they risk being viewed by other government departments as “health imperialists”. How do you deal with those kinds of problems?<sup>73</sup>

Since a multiplicity of factors determines the health of a population, there is clearly a need for collaboration and intersectoral action. According to Marc Lalonde, the federal Minister of Health should act as a leader. He also stressed that new initiatives to improve the health of the Canadian population are needed, particularly in the areas of health promotion and disease prevention:

---

<sup>72</sup> Advisory Council on Health Infrastructure, *Paths to Better Health: Final Report*, Ottawa, February 1999, p. 4-1.

<sup>73</sup> Sholom Glouberman (9:9).



We need the type of action wherein the Minister of Health can be a leader, but he cannot be the only actor. There must be action that will take place on the basis of a collective action by the government, because in almost every instance it involves action by a number of departments of the government. Money is not the problem. A program of public education on obesity, for instance, is insignificant compared to what you spend on the health budget. What we need is a determination to go ahead with programs and do it consistently.<sup>74</sup>

---

<sup>74</sup> Hon. Marc Lalonde (15:15).

## CHAPTER SIX:

### MYTHS AND REALITIES

---

The current debate over Canada's health care system and its future has generated a great deal of confusion. It mixes large elements of truth with misconceptions and erroneous beliefs about health, health care, health care financing and health care costs. This debate is an important one, however, as it will pave the way for discussions about future reforms. Therefore, the Committee strongly believes that it is

*Based on facts, and in comparison to other countries, our health care system in respect to the health of Canadians is not in a real crisis. Based on perception, it is in crisis... Some of the crisis is related to myths, beliefs and values in respect to health care."*

*Dr. J. Fraser Mustard, Brief to the Committee, p. 1.*

essential to put a series of arguments into perspective in order to have an informed, fact-based debate. In the following sections, several of the most widespread notions are analyzed briefly in order to help separate myth from reality. It is our hope that this discussion will throw some light on the fundamental issues at stake with health care.

#### 6.1 Myths About Rising Health Care Costs

**Myth:** The single biggest increase in health care expenditures is attributable to the needs of older Canadians.

**Reality:** Persons over 65 consume, on average, more health services than those under 65. However, the ageing of the population is only one of many factors contributing to increasing health care costs. In fact, a complex mix of factors – both supply and demand related – has contributed to the increase in health care spending.

Other cost drivers include the use of new technology, the cost of new drugs, changing consumer expectations and needs, and new and changing patterns of disease (e.g. emergence of new strains of bacteria, resistance of old infectious diseases, such as tuberculosis, health effects of global warming, AIDS). These all have a significant influence on the cost of health care.

Although it is difficult to identify or quantify the importance of each factor with precision, some estimates were made available to the Committee. On the one hand, Dr. Robert McMurtry suggested that the annual growth in health care expenditures attributable to ageing is approximately 4.8%. This is expected to rise by 0.6% per year for the next ten years.<sup>75</sup> On the other hand, a 1995 OECD study indicated that probably one-half of the growth in overall health care expenditures in OECD countries between 1960 and 1990 could be attributed to factors such as technological developments, growth in the number of medical personnel and facilities, and real increases in the price of health care inputs.<sup>76</sup>

**Myth:** Health care expenditures have been rising uncontrollably in Canada.

**Reality:** As discussed in Chapter 4, it is important to remove the effect of inflation in order to interpret long-term trends in health care expenditures. A dollar today is not the same as a dollar in 1975. Data should also be adjusted to the size of the population.

Health care expenditures per capita in constant (1992) dollars increased from 1975 to the early 1990s, but then decreased slightly between 1992 and 1996. Similarly, the health care to GDP ratio, which increased throughout most of the 1970s to the early 1990s, declined continuously from 1992 to 1997. Therefore, Canada has been successful in controlling total health care costs over the last decade.

*The notion that she emphasized, which is that the hypothesis that health care costs are out of control was a myth, needs to be reiterated. (...) During the 1990s, we went from expending 10 per cent of our GDP on health care to 8.9 per cent, as per the most recent year for which statistics are available. Estimates and forecasts for 1998 and 1999 would have us rising to 9.1 per cent or thereabouts, well below where we have been.*

*Robert McMurtry,  
(8:20-21)*

**Myth:** The cost of an ageing society to the health care system will be far in excess of present health care expenditures.

**Reality:** As stated previously, there is no doubt that beyond the age of 65, more money per capita is spent on health care. However, the annual growth in health care spending

---

<sup>75</sup> Dr. Robert McMurtry (8:17).



attributable to ageing is estimated at less than 5%. Furthermore, Canadians are living both longer and more healthily. Therefore, the anticipated demographic impact of ageing on the health care system may need to be revised. While the costs associated with ageing must be analyzed and managed, a more significant issue concerns the health care costs that are generally incurred during the last six months of life, regardless of age. The cost of medical care individuals receive skyrockets as they near the end of their life. As a result, it is

*Clearly, we are living longer. The corollary to that is: Are we living healthier or less healthier? If we are living more healthily, then we could anticipate that the costs would not necessarily go up as we age. The early demographic findings published fairly recently by Statistics Canada indicate that we are living both longer and more healthily. Therefore, the anticipated impact on the health care system is not necessarily as severe as we once thought it might be.*

*Dr. John S. Millar, CIHI  
(14:39)*

not the ageing per se of the population which has an impact on health care costs, but rather the overall increase in the population.

## 6.2 Myths About Public Financing

**Myth:** Canada's health care system is 100 percent publicly funded.

**Reality:** Not true! According to data from CIHI, the public share of health care spending amounted to 71% in 2000, while private spending accounted for 29% of total health care expenditures.

As shown in Graph 4.7, the public sector is the main source of funding for public health (100%), hospital care (91%) and physician services (99%). Private funding is generally concentrated on items not completely covered under the *Canada Health Act* (e.g. prescription drugs, dental services, vision care, home care and so forth.).

**Myth:** The only problem is a shortage of money. If the federal government would restore previous funding levels, then the problems in the current system would be fixed.

---

<sup>76</sup> Howard Oxley and Maitland MacFarlan, *Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency*, Economic Department Working Papers No. 149, OECD Paris, 1995.

**Reality:** Although more public funding will help deal with immediate problems in the system – long waiting lists, crowded emergencies and so on. – witnesses stressed the importance of stability and predictability in federal financing. Following the federal-provincial agreement on health care renewal of 11 September 2000, the federal government enacted Bill C-45 which provides some \$21 billion of additional cash transfers over the next five years. It is the view of the federal government that this new investment will ensure stable, predictable and growing funds in the CHST.

However, in recent years, we have had a series of commissions and special committees across the country that have examined the health care system in Canada and in some provinces. Their conclusions were clear: the problems with our current system would not be resolved even if previous funding levels were restored.

On the contrary, without a new vision of what the future health care system should be, there is a risk that new money will be reinvested only in traditional, publicly funded, sectors of health care (e.g. hospitals and institutional care). Therefore, witnesses stressed that, before devoting additional government dollars in health care, three major questions should be addressed: 1) What would we be willing to give up in other areas to support the increased investment in health care?, 2) What would the return on our increased investment in health care be? and 3) What is the best balance between prevention and treatment? In other words, there are trade-offs to be made in allocating limited public financial resources:

The more money that goes into the health care sector, and as you know that is now up to 40 per cent of some provincial government budgets, the less that is available for other things like early childhood care. There is always that balance that one has to trade off, and that is very important.<sup>77</sup>

(...) throwing increasing amounts of money into the health care system is not sustainable in the absence of economic growth. Putting more and more into it means we spend less and less on other things, such as education, income support, job development, et cetera.<sup>78</sup>

---

<sup>77</sup> Dr. John S. Millar (14:49).

<sup>78</sup> Professor Colleen Flood, University of Toronto (14:18-19).

(...) we are trying to balance all of these notions. Presumably, we are also trying to balance the fact that there are other spending priorities that are also meritorious. Health is important for the future of the country, but so are post-secondary education, research and innovation. They are viewed as key to the development of our country.<sup>79</sup>

### 6.3 Myths About the *Canada Health Act*

**Myth:** The *Canada Health Act* ensures the provision of the same set of free health services across the country.

**Reality:** Health services that must be covered under the *Canada Health Act* are determined on the basis of the “medical necessity” concept under the criterion of comprehensiveness. All medically necessary services provided by hospitals and doctors must be insured under provincial health care insurance plans. The determination of what services meet the requirement of medical necessity is made in each province by the provincial government in conjunction with the medical profession.

(...) under the comprehensiveness criterion of the *Canada Health Act*, provincial and territorial health insurance plans must insure all medically necessary hospital, physician, and surgical dental services to eligible persons in the particular province. (...) medical necessity is not defined anywhere in legislation, and therefore is a matter of negotiation that may give rise to some differences from province to province.

Abby Hoffman, Health Canada  
(13:13).

During her presentation to the Committee, Professor Raisa Deber explained that the *Canada Health Act* is quite permissive as provinces are free to go beyond its definition of necessary services, but they cannot go below it. In her view, comprehensiveness is a floor, not a ceiling. Over the years, provinces have expanded the array of services insured under their public plan, but they have not done so uniformly. As a result, public coverage for health services vary greatly among provinces. Frank Fedyk, Acting Director of the Canada Health Act Division at Health Canada, stated:

---

<sup>79</sup> Guillaume Bissonnette (17:6).



Many provinces do have home and community care programs, but they are very much a patchwork.<sup>80</sup>

(...)The palliative care programs across Canada are at different stages of development, similar to other home care services. Some are very well developed and include home visits by physicians, care nurses and other health professionals. Unfortunately, it does vary across the provinces and is not covered by the federal legislation. Therefore, there is a patchwork and there are no national standards.<sup>81</sup>

Furthermore, most provinces have de-insured some services previously covered under their public health care insurance plans. This has generated further disparities in provincial health care coverage. A list of some of the de-insured services by province is presented in Table 6.1. For example, the removal of warts is no longer covered in Nova Scotia, New Brunswick, Ontario, Manitoba, Alberta, Saskatchewan and British Columbia, but it remains publicly insured in Newfoundland, Quebec and Prince Edward Island. In addition, coverage varies widely across the country in the areas of reproductive services. While stomach stapling is covered in most provinces, it is not insured in New Brunswick, Nova Scotia and the Yukon, and patients in these provinces must pay for this procedure.

**Myth:** The *Canada Health Act* prohibits the private sector from playing a role in the provision of health care services.

**Reality:** The public administration criterion of the *Canada Health Act* relates to the administration of provincial insurance plans for medically necessary services, not to the delivery of insured health services. It stipulates that provincial health care insurance plans must be administered by a public agency on a non-profit basis. As a corollary, private insurance is not allowed for insured services. But the Act does not preclude private insurers from supplementing provincial health care insurance plans. Private plans can and do insure services that are not covered or are only partially covered under public plans (e.g. prescription drugs outside hospitals, semi-private or private rooms, dental care, vision care, assistive devices, ambulance, long-term care, chiropractors, cosmetic surgery and so on.).

---

<sup>80</sup> Frank Fedyk (13:14).

<sup>81</sup> Frank Fedyk (13:21).

**TABLE 6.1**  
**DEINSURED HEALTH CARE SERVICES BY PROVINCE**

<b>SERVICE <sup>(1)</sup></b>	<b>PROVINCE</b>
Routine circumcision of newborn	NFLD, PEI, NS, NB, ONT, ALTA, YK
Xanthelasma excision (removal of fatty spots on eyes)	NFLD, NS, ONT
Hypnotherapy	NFLD
Removal of impacted teeth	NFLD
Otoplasty	NFLD, PEI, NB, ONT, ALTA
Gastroplasty (stomach stapling)	NB, NS, YK
Tattoo removal	SASK, MAN, ONT
Reversal of sterilization	PEI, NB, ONT, MAN, SASK, ALTA, YK (uninsured service in NS and BC)
Penile prosthesis	NS, ONT, SASK
Psychoanalysis	MAN, QC
Eye examination (People aged 19 to 64)	PEI, NS, NB, QC, MAN, SASK, ALTA
Wart and benign skin lesion removal	NS, NB, ONT, MAN, ALTA, SASK, BC
Second or subsequent ultrasounds in uncomplicated pregnancies	NS, BC
In-vitro fertilization	ONT, MAN (uninsured service in NFLD, NS, NWT)
Simple sclerotherapy (removal of varicose veins)	QC, ONT, MAN (uninsured service in NS)
Artificial/intrauterine insemination	NS, NB (uninsured service in ALTA)
Ear wax removal	NS
Anaesthesia associated with a non-insured service	NB, SASK, ALTA
Chiropractic services	SASK
Epilation of facial hair	PEI, ONT
Eye refractions	NFLD, SASK
Cosmetic surgery	ALTA (uninsured service in NFLD, NS, PEI, NB, QC, MAN, SASK, BC, YK, NWT)
Breast reduction/augmentation	NS, NB, ONT, BC

*(1) Some exceptions may apply.*

*Source: Health Canada, Insured Services De-insured From 1990 by Province/Territory, Information binder prepared for the Committee, Section 12, February 2000.*

In addition, the *Canada Health Act* does not prevent private providers from delivering, and being reimbursed for, provincially insured health services, so long as extra-billing or user charges are not involved. In fact, most doctors are private practitioners who work in independent or group practices. Private practitioners are generally paid on a fee-for-service basis and submit their service claims directly to the provincial health care insurance plan for payment. Physicians in other practice settings may also be paid on a fee-for-service basis, but are more likely to be salaried or remunerated through an alternative payment scheme.<sup>82</sup>

All physicians who are on fee-for-service can be seen as private providers of care. As well, there are not-for-profit charitable organizations. Part of the confusion is that in Canada we use the term "public hospital" to refer to private organizations. This becomes confusing because the argument against "public hospitals" gets into the rigidity of government employees. However, these are not government employees; they are people who work for hospitals on a not-for-profit basis. There is not a lot of inherent reason that they could not achieve the same sort of efficiencies that for-profit organizations can achieve and not have to find additional money to return to shareholders.

Professor Raisa Deber  
University of Toronto (8:16).

Similarly, over 95% of Canadian hospitals are operated as private not-for-profit entities run by community boards of trustees, voluntary organizations or municipalities. The for-profit hospital sector comprises mostly long-term care facilities or specialized services such as addiction centres.<sup>83</sup>

We acknowledge that some provinces do have private, for-profit hospitals. For example, the Shouldice hospital in Ontario is a private, for-profit facility whose status was grand fathered when Medicare was enacted in that province. Facilities like this one are regulated on a rate of return basis, to reduce the risk of overcharging patients. However, Alberta's Bill 11, which was enacted earlier this year, allows private, for-profit surgical facilities to charge a fee for "enhanced" services sold in combination with the provision of an insured service.

Overall, the real debate in health care delivery is not about the role of the private sector – it is about the distinction between not-for-profit and for-profit providers.

<sup>82</sup> Health Canada, *Canada's Health Care System*, 1999, p. 2.

<sup>83</sup> *Ibid.*



**Myth:** Canada's health care system – or Medicare – is an insurance plan that could be run either privately or publicly.

**Reality:** Illness is unpredictable. Therefore, the demand for health care is unpredictable. Such uncertainty can be offset by insurance. In Canada, the evolution of health care insurance has been marked by a shift from the private to the public sector. We have favoured public insurance over private insurance in part because of market failures. For example, private insurance companies could refuse to insure high-risk clients or force them to pay a much higher premium to offset the risk (as is happening increasingly in the United States). In addition, in a private insurance market, individuals with a low income would be subject to the same fee structure as high-income individuals and, thus, would have to assume a relatively higher proportion of health care costs. But most importantly, Canadians have opted for universal public health care insurance on the grounds of compassion, equity and social justice.

*All developed countries, with the notable exception of the United States, have a common goal in mind with their health care systems, and that is to ensure that everyone has access to a comprehensive range of high quality services on the basis of need and not on the basis of ability to pay. That is basically the redistributive goal that most developed countries, apart from the United States, have.*

*Professor Colleen Flood  
University of Toronto (14:15)*

By contrast, the United States relies extensively on private health care insurance. The American system, no matter how we measure spending, is the most expensive health care system in the world. The Canadian system, which is publicly financed for the most part, has proven to be less expensive to administer and more cost-effective than the American system. In fact, an article in the *New England Journal of Medicine* some years ago estimated that Canada saved one percentage point of GDP compared to the United States by having a “single payer”.

Moreover, our system of Medicare and the national principles set out in the *Canada Health Act* – universality, accessibility, comprehensiveness, portability and public administration – are strongly supported by Canadians.

**Myth:** The *Canada Health Act* was a monumental change.

**Reality:** The *Canada Health Act* was a consolidation of the prior legislation on hospital insurance (1957) and medical care insurance (1966). The Hon. Monique Bégin told the Committee that, for the most part, the principles and conditions of the Act existed already in the previous pieces of legislation:

(...) the five principles or conditions of the *Canada Health Act* existed in the previous pieces of legislation. (...) There were originally four principles. Accessibility was included as a sort of subtext of universality, but we extracted it and made it a formal fifth condition. The legislation consolidated and did away with the two previous acts, borrowing everything it could from the spirit and the conditions of the previous acts.<sup>84</sup>

What was new in the *Canada Health Act* was the explicit reference to free access and the addition of specific restrictions with respect to direct patient charges in the form of user fees and extra-billing.

## 6.4 Myths About Privatization

**Myth:** “Two-tier” health care means the same thing to everyone.

**Reality:** Almost every day, conflicting and confusing statements are made about “two-tier” health care in Canada. Politicians, health care providers and health experts alike hold differing views about the existence of a two-tier health care system in Canada because they all provide their own definition for the concept of two-tier.

*If there is one statement to which the leaders of all parties in Canada's current federal election would undoubtedly subscribe, it is the one imprinted on Stockwell Day's infamous cue-card: "No 2-tier health care". And yet no issue in the campaign has generated more heat. This irony points out the central problem: "Two-tier health care" is an ambiguous and negatively charged phrase that makes a convenient political weapon but says little about actual policy intentions.*

*Carolyn Hughes Tuohy, "Comment", Globe and Mail, 17 November 2000, p. A-23.*

---

<sup>84</sup> Hon. Monique Bégin (16:8).

Most frequently, a two-tier system refers to two co-existing health care systems: a publicly funded system and a privately funded system. This definition of two-tier health care implies differential access to health services based on one's ability to pay, not his or her need. Those who can afford to pay may obtain either access to better quality of care or access to quicker care, while the rest of the population continue to access health care only within the publicly funded system.

However, in the field of health care in Canada, the variant definitions for the concept of two-tier include the following:

- For some, a two-tier system is one that requires patients to pay a user charge to access medically necessary services.
- For some others, a two-tier system is one in which some patients pay out of their own pockets to get to the front of the line to receive faster medically necessary care (this situation is often referred to as “queue jumping”).
- Still, others define two-tier health care as made of two separate or parallel systems that provide medically necessary services. One system is accessible and publicly funded and the other is entirely private and allows patients to pay for faster and preferential treatment. The two systems compete for the provision of publicly insured services. To obtain health services privately, however, patients must pay the full cost, either out-of-pockets or through private insurance.
- For some, a two-tier system is one in which certain health services are available free to some citizens but other services are only available to those who pay for them. By this definition, the current system in Canada definitively could be described as a two-tier system since certain expensive drugs, even though prescribed by a physician as “medically necessary”, are not publicly funded and are only available to those who pay for them, personally or through a private drug insurance plan.

Under the *Canada Health Act*, hospital and physician services deemed “medically necessary” must be made available to all Canadians based on need, and without financial barrier. The Act discourages user charges for these insured health services and is enforced by the federal government via a reduction in cash transfers to the provinces that permit this practice. As such, the Act does not explicitly prohibit two-tier medicine (no matter which of the above definitions of “two-tier” is used); rather, the Act strongly discourages two-tier medicine.



This strong disincentive led the National Forum on Health to conclude in its 1997 report that Canada has a single-tier system for medically necessary hospital and physician services.

The *Canada Health Act*, however, applies only to physician and hospital services. All other health care services lie in a realm of shared public/private or fully private finance. This includes additional benefits such as prescription drugs, optometry services, long-term care and home care, as well as semi-private and private ward accommodation in hospitals, medical examinations required by insurers, and so on.

Some health services traditionally regarded as being under the purview of the publicly funded health care system are now available privately. These services include for example diagnostic services provided in MRI clinics (Magnetic Resonance Imaging) in some cities of some provinces (namely Quebec and Alberta). Patients can obtain a scan at these private MRI clinics by paying the full fee. Queue jumping is one of the dangers of private clinics. Those who can afford to pay are able to get their diagnostic tests done more quickly; they then return to the publicly funded system one step ahead of patients still awaiting diagnostic tests in the public system. Although the number of such private clinics remains limited, some analysts contend that their existence means that a two-tier system exists in Canada. Others say that, at the very least, the existence of these choices constitutes a step towards the gradual erosion of Canada's publicly funded health care system along with the development of a second tier of health service delivery.

A few other private health care facilities are also accessible in Canada without referral or reference to medical necessity. They offer same-day surgery procedures, such as cataract removal, as fully private transactions. The physician performing the operation does not get paid by the provincial health care insurance plan, nor is the patient reimbursed by the public plan. Moreover, patients must pay the full cost out of their own pockets, since in most provinces private insurance is not permitted for health services that are insured publicly. The prohibition on private insurance to cover the kind of services covered by provincial health care insurance plans was designed to discourage the development of private facilities performing services which are also available free under provincial health care insurance

plans. Indeed, some people argue that allowing private insurers to compete with public insurance would open the door to a two-tier system of health care in Canada.

Whether a private tier of health care services can improve the access to and effectiveness of the publicly funded system remains open to question. Another important issue concerns the right of individual Canadians to establish and use a private market alternative to the publicly funded system. These questions are critical and must be debated in discussing the future of Canada's health care system.

**Myth:** A free market system would solve the problem of waiting lists as well as other problems associated with public health care.

**Reality:** Those who support this idea contend that a free market would reduce the number of people on public waiting lists. They explain that wealthier persons, by removing themselves from the public waiting lists and seeking care in the private system, would allow people on the public lists to move up faster and receive care in a more timely fashion.

The Committee was told, however, that a private system might attract an excess of health care providers and this could result in an under-supply of professionals in the public system. This would, in turn, create longer public sector waiting lists for these under-supplied health services.

The Committee was also told that, if we deliver health care services using a free market system, it would likely result in a more expensive system. In his brief, Dr. Mustard stated:

What is more important in this whole debate is that health care does not fit the market concepts of the productive or wealth creating sector of society. (...) privatization of health care does not increase efficiency and lower costs. Recent assessments of the American system have come to some interesting perceptions. The conversion of not-for-profit hospitals to for-profit hospitals

increased health care expenditures in the affected region. Conversion back to not-for-profit institutions decreased per capita health care expenditures.<sup>85</sup>

**Myth:** The American health care system is 100% privately funded.

**Reality:** The latest OECD data indicate that the private share of total health care spending in the United States amounted to 55% in 1998, while the public sector accounted for the remaining 45% of overall expenditures on health care. During his testimony, Professor Mark Stabile from the University of Toronto described Medicare and Medicaid, the major public health care insurance programs in the United States:

While the majority of Americans receive their health insurance through private insurance plans, offered primarily through their place of employment, a substantial number of Americans also qualify for public insurance. The two largest public insurance programs in the United States are the Medicare program, which serves individuals aged 65 and over, as well as the disabled and people with permanent kidney failure, and the Medicaid program, which serves the poor. The Medicare program is a federally run program while the Medicaid program is run by individual states. Twenty-five per cent of Americans claim either Medicare or Medicaid as their primary source of health insurance.<sup>86</sup>

Moreover, the American Medicare and Medicaid systems require user charges and provide less coverage than the Canadian system does.

**Myth:** The real alternative to the current Canadian model of health care is the American model.

**Reality:** On the contrary, many other models exist, particularly in Europe. Health care systems can be classified according to how they are organized, financed, regulated and delivered. At one extreme are the mostly

*It is interesting that being next door to the one nation with the largest proportion of its health care costs funded by the private sector that we have not as consumers listened to what many thoughtful Americans try to tell us about the problems with their health care.*

*Dr. J. Fraser Mustard, Brief to the Committee. v. 3.*

<sup>85</sup> Dr. Fraser Mustard, *Myths, Beliefs, Values, Facts and Health Care*, Brief to the Committee, p. 3.

<sup>86</sup> Mark Stabile (14:12).



publicly financed and publicly managed systems, such as in the United Kingdom, and at the other are the mostly private systems that are predominantly financed and delivered by the private sector, such as in the United States. The health care system of most OECD countries includes a combination of the public and private models. However, there are differences among these countries in the way the public/private split is organized. In some countries, the private sector complements the public sector (for example hospital services in Britain and Australia). In other countries, some population groups are covered by a public health care insurance plan, while the others must rely on private insurance (for example, in the United States and Germany). What lessons Canada can learn from the health care system models in other OECD countries will be the subject of the Committee's report on Phase Three of this study.

## 6.5 Myths About Health Care Utilization

**Myth:** Introducing user fees would help alleviate the problem of too many patients making too many frivolous demands on the health care system.

**Reality:** Some people argue that user charges would limit unnecessary utilization (or abuse) by patients thereby reducing health care expenditures. However, many studies indicate that user charges may delay necessary visits, resulting in complications and higher health care costs. Moreover, studies also suggest that user charges may act as a deterrent for low-income people.

Martin Zelder, Director of the Health Policy Research at the Fraser Institute, who is a proponent of user charges, agreed that such fees act as a deterrent for low-income individuals: "Yes, low-income people are deterred from consuming care that improves their health if they are required to pay user fees."<sup>87</sup> For this reason, he suggested that user charges should apply to all people except those with low income. This,

*In New Zealand, they have user charges just to go to see your doctor. We really have problems with health outcomes. We have worse infant mortality. We have concerns about access to care for people on lower incomes.*

*Professor Colleen Flood,  
University of Toronto  
(14:31).*

---

<sup>87</sup> Martin Zelder (12:39).

therefore, would result in a means test: “(...) the means test would have to be used to exempt low-income people from paying user fees. To ensure that they are not harmed financially then, yes, the means test would be necessary.”<sup>88</sup>

However, the imposition of a means test runs counter to Canadians’ expectations and values. With respect to the impact of user charges on total health care expenditures, Professor Evans stated:

despite heavy user charges in the United States and despite heavy user charges for pharmaceuticals in Canada, those costs actually escalate much faster than the costs in a public system.<sup>89</sup>

## 6.6 Myths About the Health Status of the Population

**Myth:** The health of the population is directly proportional to the amount of health care available.

**Reality:** The information provided in Chapter 5 clearly indicates that the health of a population is determined by many other factors outside the delivery of health care services. Investing more and more money in the traditional health care system will

*The United States spends more per capita out of tax dollars on health care than does Canada. They also spend more in terms of private expenditures, privately purchased insurance and out-of-pocket expenditures, than do Canadians. Yet, Canadians are almost the healthiest people in the world, whereas the United States ranks twentieth-fifth in terms of life expectancy.*

*Dr. John S. Millar, V.P., Research and Analysis, CIHI (14:34).*

not lead to commensurate improvements in the health of the population. In fact, it is important to ensure that investments are not overly skewed towards the delivery of traditional health care services as the primary strategy for improving the health of the population.

---

<sup>88</sup> Martin Zelder (12:40).

<sup>89</sup> Robert Evans (12:41-42).

More attention needs to be given to the non-medical determinants that promote good health (e.g. adequate income, early childhood development, employment and so on.), to the development of strategies that control health risks and prevent disease and disability, and to the need for an increased focus on evaluating and measuring health outcomes. To highlight the importance that other factors play in the health of Canadians, Dr. McMurtry provided the following examples<sup>90</sup>:

- There are currently 66 million days of workforce absence in Canada annually; 60% of those absences are related to stress. Decreasing work stress could not only act to improve the health of Canadians, but might indirectly improve our productivity and save the health care system money.
- 80% of people who are 65 years and older have the lowest two levels of literacy on the international adult literacy survey. More than half of them will have trouble understanding their prescriptions.

Investment in these areas holds the greatest potential for generating positive returns, and would lead to greater improvements in the health of Canadians than a comparable money degree of spending on health care delivery.

**Myth:** Health care reform has been responsible for a decline in the health of Canadians.

**Reality:** The health status of Canadians, as measured by life expectancy and mortality rates, has continued to improve during the period of health care reform. In his brief to the Committee, Dr. Fraser Mustard referred to a recent OECD report showing that the health status of Canadians remains high, despite the reform that took place in the 1990s:

Whatever the changes in our health care system, we have not, from a population perspective, been placed at a disadvantage in relation to other countries.<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> Robert McMurtry (8:25).

<sup>91</sup> Dr. J. Fraser Mustard, Brief to the Committee, 22 March 2000, p. 2.



**Myth:** The closure of hospitals has compromised the health of Canadians.

**Reality:** Over the last decade, the number of hospital beds have dropped year after year in Canada. For example, 53 small hospitals were closed or converted to health centres in rural Saskatchewan and 727 hospital beds were closed in urban Manitoba (Winnipeg). Despite these cuts, the overall health status of these populations (measured by death rates) has continued to improve and the quality of care (measured by indicators such as readmission after discharge and emergency room visits) has not deteriorated.

**Myth:** The Aboriginal population enjoys the same health status as other Canadians.

**Reality:** The life expectancy of Aboriginal peoples in Canada is at least five years below the average for all Canadians. This is an enormous gap. It has been estimated that increasing the life expectancy of the Aboriginal population by five years would require the elimination of all deaths from cardiovascular diseases (the leading cause) and almost all deaths from cancer (the second cause of death).<sup>92</sup> Although this would appear to be an insurmountable obstacle, the Committee was told that progress is being made:

The health status of Aboriginal peoples relative to the non-Aboriginal population is improving on average. The disparities are significant and they persist. There is no question that there is still a great deal to achieve. There is also no question that some significant improvements have been accomplished.<sup>93</sup>

Although the discrepancies in the health status of the Aboriginal population are evident, the underlying causes are not as easily identified. Aboriginal Canadians are less likely to have finished high school, and are twice as likely to be under Statistics Canada's low income cut-offs.<sup>94</sup> This could help explain some of the factors contributing to the Aboriginal population's higher incidence of health problems. In Phase Two of its study, the Committee will examine the health concerns of Aboriginal Canadians with a view toward better

---

<sup>92</sup> CIHI, *Health Care in Canada: A First Annual Report*, p. 6.

<sup>93</sup> Abby Hoffman (13:10).

understanding their specific needs, identifying preventive interventions and debating federal responsibility.

## 6.7 Myths About the Need for Change

**Myth:** Waiting lists and waiting times are unique to the Canadian health care system.

**Reality:** Not true! At the Committee's session on international health care systems, experts told us that the waiting list problem is significantly worse in New Zealand, the United Kingdom and in other countries which permit private insurance to compete with public coverage:

In the U.K. and New Zealand, countries that have this supplementary private insurance system, which I reiterate again is quite different from what happens in the Netherlands, waiting lists are far, far longer. In fact, they are five times as long as a percentage of the population in New Zealand and three times as long in the U.K. Arguably, once there is that kind of private insurance, perhaps the middle class and wealthy lose their incentive to lobby for improvements in the public system.<sup>95</sup>

**Myth:** Canada's health care system is completely broken.

**Reality:** The health care system is not broken, but it is undergoing necessary changes. Witnesses stated that we need to find a way to move beyond our current preoccupation with protecting the status quo and preserving a health care system that was put in place some fifty years ago. We were told that, in spite of all of its merits, that system is no longer equipped to deal with the present or emerging needs of our society.

The reality is that health care can now be provided by a greater variety of health care professionals. Further, health services can be delivered in a wider range of sites – not only in

---

<sup>94</sup> Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, *Statistical Report on the Health of Canadians*, 1999, pp. 31 and 38.

<sup>95</sup> Colleen Flood (14:19).

the hospital, but also in the home and the community. New health care technologies are now being introduced as a means of reducing, and even preventing, surgery.

The Canadian health care system was designed in the 1960s and early 1970s. Since then, much has changed in the way health care services are administered and delivered. The changes need to be reflected in the conditions on which the Canadian health care system is built. Defending the status quo on the grounds that it worked well more than forty years ago does not stand up to scrutiny.

**Myth:** The health care system needs to be rebuilt from the ground up.

**Reality:** Not true! There is much that is good in the current system, not the least of which is the confidence most people have that when they are sick or injured they will have relatively ready access to services of the range and quality necessary to facilitate their return to health. This confidence is well placed. Canada's well-trained professionals, institutions, and organizations are committed and dedicated to serving in the public interest. We need to build on what is good in the system while embracing the need for a "fresh start". In short, although our health care system needs to be reformed, it does not need to be transformed.

**Myth:** Definitive intervention with a major investment by the federal government is required within the next 12-24 months.

**Reality:** While reinvestment is essential, it is equally important to define a vision for the health care system of the future. The vision will enable reinvestment to facilitate the appropriate trajectory of change rather than simply funding a return to the past. Dr. Robert McMurtry stressed that:

the fundamental founding principles of the Medical Care Act of 1966 as originally pronounced are still real. What is missing, however, is a unifying



vision of the future. That is something that I feel is imperative if we are to move forward with any effect.<sup>96</sup>

The recent federal-provincial agreement on health care renewal represents a major step toward the development of a common vision based on shared principles and a commitment to work in a collaborative manner. Governments have agreed to co-operate in many important areas such as:

- improving the timely access to, and quality of, health services;
- strengthening investments in health education and strategies to prevent illness;
- accelerating primary health care reforms;
- strengthening investment in home care and community care;
- investing in health information and communications technology, as well as in health equipment, new health care technologies and facilities; and
- measuring, tracking and reporting on the performance of health services.<sup>97</sup>

## 6.8 Myths About Health Care Providers

**Myth:** Fee-for-service is the only model that physicians will accept.

**Reality:** Most physicians are currently paid under a fee-for-service scheme in Canada. There is evidence, however, that many physicians would prefer an alternative mode of remuneration. A 1999 survey by the Canadian Medical Association reported that only 33% of respondents would prefer to be paid on a fee-for-service basis. Another 21% would prefer to be salaried, while less than 1% would select capitation. Some 35% indicated a preference for a blend of payments (e.g. mix of fee-for-service and capitation). Data from a recent CIHI report shows that, at present, the proportion of physicians remunerated by non fee-for-service mechanisms ranges from 2% in Alberta to 53% in Manitoba.

---

<sup>96</sup> Dr. Robert McMurtry (8:21).

<sup>97</sup> First Ministers' Meeting, *Communiqué on Health*, 11 September 2000 (available at [www.scics.gc.ca](http://www.scics.gc.ca)).

The fee-for-service scheme has some drawbacks. Graham Scott, former Deputy Minister of Health in Ontario, told the Committee:

Fee-for-service family physicians make sufficient income enjoying an office practice from 9 a.m. to 5 p.m. without any need for a hospital relationship and the responsibilities it demands.

The fee codes ensure a good income only if the family physician engages in a high-volume, high-turnover practice. This in turn dictates addressing only the less complex challenges posed by presenting patients. The rest get referred to a specialist or to the hospital emergency. Since they only work 9 to 5, patients after hours must also go to emergency regardless of the severity of their complaint.<sup>98</sup>

**Myth:** Nurses continue to play the same caregiving role that they have always played, assisting individual physicians in a hospital or clinic setting.

**Reality:** The nursing profession has undergone a revolution. Nurses are found at every point in care delivery in the health care system: in hospitals, in private institutions and in the community. At least 12,000 nurses are now certified in a specialty, using specialized knowledge to contribute to the individual needs of patients as members of specialized health care teams.<sup>99</sup> They play a critical integration and communication role in terms of the needs of individual patients and their families.

During his testimony, Graham Scott indicated that nurses have gained higher status in accordance with their qualifications. For example, in some teaching hospitals and in some large community hospitals, nurses are seen as an integral part of the health care team, rather than as adjuncts, or add-ons, to teams. This contrasts with the traditional hierarchy where the physician was in charge.

The Committee was told that, despite the important gains that nurses have made, the nursing profession is facing challenges that could affect the integrity of the health care

---

<sup>98</sup> Graham W. S. Scott, Brief to the Committee, June 2000, p. 7.

<sup>99</sup> Dr. Mary Ellen Jeans (8:21).

system as a whole. Of all workforce categories, nurses have more time off, more disability and more back pain.<sup>100</sup> The average age of nurses is about 45, which means that the majority of nurses will be retiring in the next 10-15 years. In addition, 50% of nurses do not have a full-time job and sometimes work for two, three or four different employers.<sup>101</sup>

---

<sup>100</sup> Dr. John S. Millar (14:5).

<sup>101</sup> Dr. Mary Ellen Jeans (8:21).





## CONCLUSION

---

This report completes Phase One of the Committee's study on health care. It summarizes the evidence we heard from March 2000 to September 2000, and makes reference to documents that were either tabled with the Committee or brought to the attention of the Members.

During Phase One, the Committee learned about the origins and current status of public health care insurance in Canada. We now have a better understanding of the federal government's involvement in health care in terms of funding and enforcement of the *Canada Health Act*. We have a clearer idea of Canadians' opinions about the health care system and health care policy. We have gathered a lot of information on health care expenditures and on health status. We know how Canada's spending on health care compares with that of other countries and how the health status of Canadians contrasts with the health status of other nations.

With all this background information, we attempted to shed light on the current debate over health care in Canada by separating myths from realities. We hope that this report will serve as a useful reference document to anyone who wishes to participate in future phases of the Committee's study on health care.

### The Next Steps

Phase Two of the study, which will begin in March 2001, is designed to obtain an overview of existing and foreseeable pressures for change within the health care system. During this phase of the study, Committee members will explore the implications for health care in Canada of:

- the ageing of the population and the increasing demands on the system if past and present patterns of use continue;

- our growing Aboriginal population and its specific health care needs, which include higher incidence of foetal alcohol syndrome, HIV/AIDS, tuberculosis, diabetes, injury and chronic diseases;
- advances in health care technology, including drugs, that affect the organization, delivery and cost of health care and raise issues relating to ethics and effectiveness;
- the appearance of new diseases and the resurgence of “old” ones that may require costly therapy and treatment;
- expectations of both patients and health care providers which may lead to misuse of services and inappropriate service delivery;
- the impact of health research, which is a critical component of the health care system. Canada’s health care system will depend increasingly upon scientific information about biological and social determinants of health, as well as upon objective data on health and health care. For example, the identification of the 30,000 or so genes that determine our susceptibility to disease will mark a revolution that could transform both health research and the health care system;<sup>102</sup>
- the need for sufficient and comparable health-related information to make decisions in allocating resources and in delivering care;
- the growing concern about the workload, stress and ageing of our health care providers. Planning for human resources in health care is a complex exercise that must take into account both the needs of the population and the needs of health care professionals;
- health care issues specific to rural and remote areas;
- the role of preventive intervention in encouraging healthy lifestyles and thereby enhancing the potential for better health;
- the incidence of mental health problems in Canadian society and the implications for health care delivery.

Phase Two of the study will focus on affordability and sustainability and conclude with a report reviewing the key factors that will have an impact on the Canadian health care system over the next 25 years. The planned release date for this report is June 2001.

---

<sup>102</sup> Stem cell technology is another good example of the potential impact health research can have on health and health care. Recently, medical researchers in Alberta have made remarkable breakthroughs in what is called “stem cell” technology. They have taken the healthy cells from a properly functioning pancreas and implanted them into an insulin-dependent diabetic. Months after the procedure, the patient still does not require insulin. Not only will this person save the cost of insulin during his life, he will also be at a much lower risk of developing the debilitating complications of diabetes, such as blindness and heart failure, later on. This development would not only improve the quality of life for the individual, it could potentially save the cost of care for the primary disease and secondary complications associated with it.



Phase Three of the study will provide Committee members with a review and discussion of the experiences of other countries, including up-to-date information and analyses obtained through a series of videoconferences. Supplemented by panels of experts and specialists from Canada, these hearings will allow the Committee to:

- explore the health care systems of selected countries, including their objectives and principles, and health care delivery systems;
- compare selected countries both with one another and with Canada; and
- consider the strengths and weaknesses of the prime alternatives.

Phase Three of the study will culminate in a report reviewing developments in other countries, and key comparative findings. The planned release date for this report is June 2001.

In Phase Four of the study, the Committee will draw upon the findings from the first three phases of the study to develop a set of policy options relating to the Canadian health care system. This process will focus on two related aspects:

- a framework of fundamental principles and objectives; and
- a set of alternatives regarding the implementation of the principles and objectives.

The Phase Four report will provide a brief statement of policy options, for the purpose of providing a reference point for public hearings. The planned release date for this report is September 2001.

During Phase Five, the concluding phase of the study, the Committee will hold extensive public hearings on the options paper developed in Phase Four. Witnesses will be invited to comment on:

- the proposed framework of principles and objectives;
- the respective strengths and weaknesses of the options developed by the Committee, along with other suggestions warranting consideration; and
- the preferred option(s).

The report of Phase Five will summarize the key findings obtained during the public hearings and describe the Committee's preferred option(s) and recommendations. The planned release date is March 2002.

## APPENDIX A - LIST OF WITNESSES

---

(2<sup>nd</sup> Session, 36<sup>th</sup> Parliament)

NAME	ORGANIZATION	DATE OF APPEARANCE
Raisa Deber, <i>Professor</i>	University of Toronto, Department of Health Administration	March 2, 2000
Dr. Robert McMurtry, <i>G.D.W. Cameron Visiting Chair</i>	Health Canada	March 2, 2000
Sharon Sholzberg-Gray, <i>Co-Chair</i>	Health Action Lobby (HEAL)	March 2, 2000
Dr. Mary Ellen Jeans, <i>Co-Chair</i>	Health Action Lobby (HEAL)	March 2, 2000
Sholom Glouberman, <i>Director, Health Network</i>	Canadian Policy Research Network	March 22, 2000
Dr. Fraser Mustard	Founder's Network	March 22, 2000
Dr. Scott Evans, <i>Senior Statistical Consultant</i>	Goldfarb Consultants	March 22, 2000
Chris Baker, <i>Vice-President</i>	Environics Research Group	March 22, 2000
Wendy Watson-Wright, <i>Director General, Policy and Major Projects Directorate, Health Promotion and Programs Branch</i>	Health Canada	March 23, 2000
Sylvain Paradis, <i>Acting Policy Group Manager, Policy and Major Projects Directorate, Quantitative Analysis and Research Section, Health Promotion and Programs Branch</i>	Health Canada	March 23, 2000
Liz Kusey, <i>Policy Analyst, Policy and Major Projects Directorate, Health Promotion and Programs Branch</i>	Health Canada	March 23, 2000
Monique Charon, <i>Acting Director, Program Policy and Planning, Program Policy, Transfer Secretariat and Planning Directorate, Medical Services Branch</i>	Health Canada	March 23, 2000
Robert G. Evans, <i>Director, Population Health Program</i>	University of British Columbia	April 6, 2000



Colleen Fuller, <i>Research Associate</i>	Canadian Centre for Policy Alternatives	April 6, 2000
Martin Zelder, <i>Director of Health Policy Research</i>	Fraser Institute	April 6, 2000
Cliff Halliwell, <i>Director General, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch</i>	Health Canada	May 3, 2000
Abby Hoffman, <i>Senior Policy Advisor</i>	Health Canada	May 3, 2000
Frank Fedyk, <i>Acting Director, Canada Health Act Division, Intergovernmental Affairs Directorate, Policy and Consultation Branch</i>	Health Canada	May 3, 2000
Tom Kent	As an individual	May 4, 2000
Michael Bliss, <i>President</i>	University of Toronto	May 4, 2000
Ake Blomqvist, <i>Professor</i>	University of Western Ontario	May 10, 2000
Colleen Flood, <i>Professor</i>	University of Toronto	May 10, 2000
Mark Stabile, <i>Professor</i>	University of Toronto	May 10, 2000
John S. Millar, <i>Vice-President, Research and Analysis</i>	Canadian Institute for Health Information	May 11, 2000
Margaret Somerville, <i>Professor</i>	McGill University	May 11, 2000
Laura Shanner, <i>Professor</i>	University of Alberta	May 11, 2000
The Honourable Marc Lalonde, <i>P.C.</i>	As an individual	May 17, 2000
The Honourable Monique Bégin, <i>P.C.</i>	As an individual	May 31, 2000
Guillaume Bissonnette, <i>General Director, Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch</i>	Department of Finance	June 7, 2000
Barbara Anderson, <i>Director, Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch</i>	Department of Finance	June 7, 2000
Graham Scott, <i>Former Deputy Minister of Health, Province of Ontario</i>	As an individual	September 21, 2000



Le Sénat

# La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral

Rapport intérimaire du Comité  
sénatorial permanent des Affaires  
sociales, de la science et de la  
technologie

*Président :*

L'honorable Michael J. L. Kirby

*Vice-président :*

L'honorable Marjory LeBreton

Mars 2001

**Volume un :  
Le chemin parcouru**

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie

Rapport intérimaire sur  
l'état du système de soins de santé au Canada

*La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*  
*Volume un – Le chemin parcouru*

*Président*

L'honorable Michael J. L. Kirby

*Vice-présidente*

L'honorable Marjory LeBreton

MARS 2001



# TABLE DES MATIÈRES

<b>ORDRE DE RENVOI .....</b>	<b>iii</b>
<b>MEMBRES .....</b>	<b>iv</b>
<b>AVANT-PROPOS .....</b>	<b>v</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE UN .....</b>	<b>5</b>
HISTORIQUE DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE -SANTÉ ET DU RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ .....	
1.1 <i>Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé</i> .....	5
1.2 <i>Ententes de partage des coûts</i> .....	7
1.3 <i>Fonctionnement du mécanisme de financement global du FPE</i> .....	11
1.4 <i>Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)</i> .....	16
1.5 <i>Transferts de points d'impôt et transferts monétaires</i> .....	22
1.6 <i>La contribution fédérale aux soins de santé</i> .....	24
1.7 <i>L'importance de la stabilité du financement fédéral</i> .....	26
1.8 <i>La responsabilité à l'égard des fonds fédéraux liés à la santé</i> .....	29
<b>CHAPITRE DEUX .....</b>	<b>33</b>
PRINCIPES NATIONAUX CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ ET LA CRÉATION DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ .....	
2.1 <i>Origines de la Loi canadienne sur la santé</i> .....	33
2.2 <i>Définition/interprétation des principes nationaux et de leur application</i> .....	36
2.3 <i>Application des sanctions en vertu de la Loi canadienne sur la santé</i> .....	39
2.4 <i>La Loi canadienne sur la santé est-elle encore pertinente?</i> .....	42
2.5 <i>Commentaires du Comité</i> .....	43
<b>CHAPITRE TROIS .....</b>	<b>49</b>
ATTENTES DE LA POPULATION À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ .....	
3.1 <i>Les soins de santé soulèvent d'importantes préoccupations à l'égard de la politique gouvernementale</i> .....	50
3.2 <i>Les Canadiens sont préoccupés par la qualité, l'accessibilité et l'universalité des soins de santé</i> .....	51
3.3 <i>Les soins de santé constituent une priorité</i> .....	53
3.4 <i>Les soins de santé : un domaine qui requiert une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux</i> .....	56
3.5 <i>Forte adhésion aux principes de la Loi canadienne sur la santé</i> .....	57
3.6 <i>Appui décroissant à l'égard des frais modérateurs et des établissements privés</i> .....	57
3.7 <i>Commentaires du Comité</i> .....	59

<b>CHAPITRE QUATRE .....</b>	<b>63</b>
TENDANCES DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ.....	63
4.1 Tendances globales – de 1975 à 2000 .....	64
4.2 Dépenses du secteur public et dépenses du secteur privé .....	67
4.3 Catégories de dépenses .....	69
4.4 Comparaisons internationales .....	71
4.5 La santé constitue une priorité dans les provinces .....	76
4.6 Commentaires du Comité .....	77
<b>CHAPITRE CINQ .....</b>	<b>79</b>
L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE CONCEPT DE SANTÉ DE LA POPULATION .....	79
5.1 L'état de santé des Canadiens .....	79
5.2 Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays? .....	83
5.3 Dépenses de santé et état de santé .....	86
5.4 Le concept de santé de la population .....	87
5.5 Qu'est-ce qui fait que les Canadiens sont en bonne ou en mauvaise santé? .....	94
5.6 Commentaires du Comité .....	98
<b>CHAPITRE SIX .....</b>	<b>101</b>
MYTHES ET RÉALITÉS .....	101
6.1 Mythes entourant l'escalade des coûts des soins de santé .....	101
6.2 Mythes entourant le financement public .....	103
6.3 Mythes entourant la Loi canadienne sur la santé .....	105
6.4 Mythes entourant la privatisation .....	111
6.5 Mythes entourant le recours aux soins de santé .....	116
6.6 Mythes entourant l'état de santé de la population .....	117
6.7 Mythes entourant la nécessité d'un changement .....	120
6.8 Mythes entourant les fournisseurs de soins de santé .....	123
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>125</b>
Les prochaines étapes .....	125
<b>ANNEXE A - LISTE DES TÉMOINS.....</b>	<b>A-1</b>

## ORDRE DE RENVOI

---

Extrait des *Journaux du Sénat* du 1er mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

- a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé au Canada;
- b) l'historique du système de soins de santé au Canada;
- c) les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;
- d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;
- e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déferés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002;

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle



## MEMBRES

---

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J. L. Kirby, président

L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente

et les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck

Erminie J. Cohen

Joan Cook

Jane Marie Cordy

Joyce Fairbairn

Alasdair B. Graham

Janis G. Johnson

Lucie Pépin

Douglas Roche

Brenda Robertson

\* Sharon Carstairs (ou Fernand Robichaud)

\* John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

Dont la nomination a été approuvée en vertu d'une motion du Sénat :

Les honorables sénateurs :

Callbeck, \*Carstairs (ou Robichaud), Cohen, Cook, Cordy, Graham, Fairbairn, Kirby, Johnson, LeBreton, \*Lynch-Staunton (ou Kinsella), Pépin, Roche, Robertson

Autres sénateurs ayant participé aux travaux du Comité au cours de la première session de la trente-septième législature et de la deuxième session de la trente-sixième législature :

Les honorables sénateurs :

Atkins, Banks, Keon, Losier-Cool, Mahovlich, Meighen, Morin, Murray, Robichaud F. et Wilson

\* Membres d'office

## AVANT-PROPOS

---

Le système de soins de santé public du Canada a toujours donné lieu à des débats enflammés. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie avait donc un défi de taille à relever : servir de forum pour permettre une discussion rationnelle des enjeux touchant le rôle du gouvernement fédéral dans le système de santé. Et c'est dans ce but qu'il a entrepris la présente étude.

Il présente ici le rapport de la phase 1 de son étude, fruit de ses travaux jusqu'à présent et premier d'une série de cinq rapports. Pour préparer l'avenir, nous devons savoir comment nous sommes arrivés jusqu'ici. C'est ainsi que nous nous penchons, dans ces pages, sur l'histoire du système de santé public du Canada, sur ce que nous savons des facteurs qui déterminent l'état de santé de la population et sur certains mythes et certaines réalités qui entourent le débat sur les soins de santé. C'est, en somme, le chemin parcouru.

Dans la phase 2, nous examinerons les pressions qui s'exerceront sur le système de santé au cours des prochaines années. Dans la phase 3, nous verrons comment certains pays ont structuré leur propre système, notamment divers pays qui ont un système universel sensiblement différent de celui du Canada. Dans la phase 4, nous tirerons des leçons des trois premières phases (passé, pressions futures et systèmes d'autres pays) et dégagerons des options pour le renouvellement et la réforme du rôle du gouvernement fédéral dans le système de santé. Ce quatrième rapport servira de base à un vaste débat avec des Canadiens de tous les horizons et de toutes les régions. Dans la phase 5, nous présenterons les résultats de ce débat, ainsi que nos recommandations pour opérer des changements.

Ce premier rapport n'aurait pas été possible sans le concours de nombreuses personnes de tous les coins du pays. Le Comité tient à remercier tous ceux qui ont témoigné devant lui ou lui ont fait parvenir des mémoires pour l'éclairer sur l'histoire du système de santé public du Canada, sur l'évolution de l'état de santé des Canadiens, sur les défis qui nous confrontent et sur les moyens à prendre pour améliorer notre système dans l'avenir. Bien que déposé au cours de la 37<sup>e</sup> législature, le présent rapport n'aurait pas vu le jour sans le vif intérêt et la précieuse contribution des membres du Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de la 2<sup>e</sup> session de la 36<sup>e</sup> législature, ainsi que des nombreux sénateurs qui sont venus entendre les témoins ou remplacer certains membres de temps à autre. Le Comité se réjouit à l'idée de poursuivre son travail dans une atmosphère tout à fait non partisane, axée sur la recherche du consensus.

Le Comité espère que vous suivrez le débat avec intérêt et que vous vous y joindrez. C'est le maintien de notre programme social le plus précieux qui est en jeu. Nous nous devons de voir à ce que son avenir fasse l'objet d'un débat à la fois rationnel et objectif.

L'honorable Michael J.L. Kirby  
Président

L'honorable Marjory LeBreton  
Vice-présidente





# LA SANTÉ DES CANADIENS

## LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

### VOLUME UN - LE CHEMIN PARCOURU



## INTRODUCTION

---

En décembre 1999, au cours de la deuxième session de la trente-sixième législature, le Sénat a confié au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le mandat de faire le point sur l'état du système canadien de soins de santé et d'examiner l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine. Le Sénat a renouvelé ce mandat à la première session de la trente-septième législature, lequel se lit comme suit :

*Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :*

- a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de santé au Canada;*
- b) l'histoire du système de soins de santé au Canada;*
- c) les systèmes de santé publics dans d'autres pays;*
- d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;*
- e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada<sup>1</sup>.*

Pour s'acquitter de ce mandat à la fois vaste et complexe, en février 2000, le Comité a amorcé un examen pluriannuel à facettes multiples, comportant cinq phases principales. Le tableau 1 renferme de l'information sur chacune des phases et leurs échéanciers respectifs.

---

<sup>1</sup> Débats du Sénat (hansard), 2<sup>e</sup> session, 36<sup>e</sup> législature, volume 138, numéro 23, 16 décembre 1999.

**TABLEAU 1**  
**EXAMEN DES SOINS DE SANTÉ :**  
**LES PHASES ET LES ÉCHÉANCIERS PROPOSÉS**

Phases	Contenu	Échéance visée	Publication du rapport
<b>Phase un</b>	Contexte historique et aperçu	Automne/hiver 2000	Mars 2001
<b>Phase deux</b>	Tendances futures, leurs causes et répercussions sur les coûts des soins de santé	Hiver/printemps 2001	Juin 2001
<b>Phase trois</b>	Modèles et pratiques d'autres pays	Hiver/printemps 2001	Juin 2001
<b>Phase quatre</b>	Document d'élaboration de solutions de rechange	Été 2001	Septembre 2001
<b>Phase cinq</b>	Audiences sur le document des solutions de rechange et élaboration de la version définitive du rapport et des recommandations	Automne 2001	Mars 2002

Le présent rapport a pour but de rendre compte des témoignages obtenus durant la première phase de l'examen des soins de santé. Les objectifs de la phase un étaient les suivants :

- retracer le rôle du gouvernement fédéral dans le système canadien de soins de santé et, plus particulièrement, examiner la législation fédérale initiale concernant les soins hospitaliers et médicaux;
- réexaminer la raison d'être de l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*;
- étudier l'évolution du financement fédéral des soins de santé;
- passer en revue les faits les plus importants et les tendances ayant la plus grande incidence sur le système canadien de soins de santé, à la fois sous l'angle des dépenses en soins de santé et des indicateurs de l'état de santé;
- étudier la perception actuelle du système, notamment l'opinion publique et les questions faisant l'objet de consensus ou de désaccord chez les experts canadiens reconnus;

- examiner les mythes et les réalités actuels du système canadien de soins de santé.

Afin d'atteindre les objectifs de la phase un, le Comité a accueilli une gamme variée de témoins, notamment : des anciens ministres et sous-ministres fédéraux et provinciaux de la santé; des économistes de la santé; des spécialistes de l'histoire du Canada, de l'administration de la santé publique, de la politique gouvernementale et de l'éthique en santé; des représentants de Santé Canada et du ministère des Finances; certaines organisations de soins de santé; des sondeurs canadiens; ainsi que des représentants de l'Institut canadien d'information sur la santé. Nous les remercions de leurs précieuses contributions.

Aux fins du présent examen, nous entendons par soins de santé toute activité dont l'objectif principal est d'améliorer ou de maintenir la santé ou d'en prévenir la détérioration. Cette définition est très large et englobe la promotion de la santé, la prévention des maladies, la protection de la santé, la santé publique et la recherche sur la santé, ainsi que les services diagnostiques et le traitement des maladies. Elle comprend également un large éventail de lieux de prestation de services (hôpitaux, domicile, communauté, cliniques, etc.) et toute une panoplie de fournisseurs de services (médecins, infirmiers, infirmiers praticiens, pharmaciens, physiothérapeutes, soignants, etc.).

Notre définition s'écarte de la gamme restreinte de services de santé visés par la *Loi canadienne sur la santé*, qui couvre uniquement les services hospitaliers et médicaux. En outre, en raison du virage ambulatoire qui favorise la prestation de soins à domicile et de soins communautaires (au lieu des soins en établissement), de plus en plus, de nombreux services ne sont pas visés par la *Loi*.

Il faudra à notre avis tenir compte de ces deux notions — les soins de santé au sens large et l'application étroite de la *Loi canadienne sur la santé* — car toute réforme du système public de soins de santé, lequel est actuellement centré sur la *Loi canadienne sur la santé*, repose peut-être sur une vision plus large de ce que constituent la santé et les soins de santé.



Le présent rapport compte six chapitres. Le chapitre 1 contient des renseignements historiques sur le régime public d'assurance-santé au Canada et la contribution du gouvernement fédéral au financement des soins de santé. Le chapitre 2 retrace l'évolution des principes pancanadiens au sein du système des soins de santé et leur application ou administration par le gouvernement fédéral. Le chapitre 3 porte sur les attitudes et les attentes, actuelles et passées, de la population à l'égard du système de soins de santé. Le chapitre 4 renferme un bref examen des tendances d'hier et d'aujourd'hui en matière de dépenses en soins de santé, notamment des données comparatives du Canada et d'autres pays de l'OCDE. Le chapitre 5 présente de l'information sur l'état de santé des Canadiens et explique les concepts de « déterminants de la santé » et de « santé de la population ». Le chapitre 6 traite des mythes et des réalités en vue de dissiper bien des malentendus et de permettre un débat éclairé et fondé sur les soins de santé.

## CHAPITRE UN

### HISTORIQUE DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-SANTÉ ET DU RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

---

L'histoire du régime public d'assurance-santé au Canada est depuis longtemps un sujet d'étude vaste et complexe. Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé, particulièrement en ce qui concerne les mécanismes de financement, a considérablement évolué au fil des ans<sup>2</sup>.

*La prestation et le financement des services de santé sur une base universelle fait l'objet d'études depuis des années. Plusieurs commissions se sont penchées sur la question dans les années 30 et 40.*

*Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:1).*

#### 1.1 Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé

Au cours des audiences du Comité, quelques témoins ont présenté dans ses grandes lignes le fondement du rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé. Voici un compte rendu de leurs observations.

*Même si les gouvernements provinciaux assument la responsabilité de la prestation des soins de santé, le domaine de la santé ne relève pas exclusivement de l'un ou l'autre des gouvernements. Il existe des mécanismes bien établis et bien conçus pour assurer une collaboration entre les gouvernements dans le domaine de la santé.*

*Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:5).*

En vertu de la Constitution, les provinces ont la responsabilité d'assurer des soins de santé à la majorité des Canadiens; toutefois, le gouvernement fédéral a aussi des rôles et des responsabilités dans des domaines liés à la santé et aux soins de santé. Sa première responsabilité (et la plus directe) consiste à assurer l'accès des soins de santé à certains groupes, notamment les soins primaires aux Premières nations et aux collectivités inuites, ainsi que d'autres services aux vétérans et au personnel de la GRC, du Service correctionnel et des Forces armées.

Le deuxième domaine de responsabilité a trait à la catégorie générale de la protection de la santé. Par exemple, il incombe à Santé Canada de régir la sécurité et l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux; le ministère des Pêches et des Océans veille à la salubrité du poisson et des fruits de mer que nous achetons; et Environnement Canada contrôle la qualité de nos terres, de notre air et de notre eau.

Le troisième volet du rôle fédéral dans le domaine de la santé englobe la promotion de la santé, la prévention des maladies et les stratégies de sensibilisation. Ces stratégies visent principalement à sensibiliser et à informer les gens, et à les encourager à jouer un rôle actif dans l'amélioration de leur santé et de leur mieux-être.

Le quatrième domaine d'intervention fédérale est celui de la recherche en santé. Depuis 40 ans, le gouvernement fédéral fournit un financement considérable par l'intermédiaire du

*La mission qui est celle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé, consiste à aider les Canadiens à protéger et à améliorer leur santé. Nous le faisons en travaillant dans trois champs d'activité. Il y a d'abord la politique et les systèmes de santé nationaux, et particulièrement notre système de soins de santé financé par l'État. Il y a ensuite le travail que nous accomplissons sur le plan de la promotion de la protection de la santé, y compris la prévention des maladies et des accidents. Notre troisième champ d'action concerne les services de santé et de soins mis à la disposition des Premières nations et des Inuits.*

*Abby Hoffman, conseillère principale  
en matière de politiques,  
Santé Canada (13:5).*

Conseil de recherches médicales (CRM). En 1999, ce rôle a été élargi, par la création des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui remplacent le CRM. Les IRSC constituent le principal organisme fédéral de financement de la recherche en santé au pays.

La cinquième sphère de responsabilité du gouvernement fédéral, et peut-être la plus importante, est le soutien financier aux systèmes provinciaux de soins de santé. Selon le professeur Keith Banting, directeur de la « School of Policy Studies » à l'Université Queen's (Kingston, Ontario), l'intervention fédérale dans les soins de santé provinciaux découle principalement du « pouvoir de dépenser » prévu dans la Constitution :

---

<sup>2</sup> Dans le présent rapport, la référence aux témoignages publiés dans les *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie* sera indiquée uniquement par le numéro de fascicule et le numéro de la page qui contiennent la citation.



Selon la Constitution, le pouvoir de dépenser est réputé appartenir au gouvernement fédéral qui fait des paiements aux particuliers, aux institutions ou aux gouvernements provinciaux, et qui fait même des paiements dans des champs d'action pour lesquels, selon la Constitution, il n'a ni pouvoir législatif, ni pouvoir réglementaire. [...] Ce pouvoir n'est pas à proprement parler inscrit dans la Constitution, mais un certain nombre d'autres instances en ont fait cette interprétation constitutionnelle. C'est ce pouvoir qui a été à la base de l'avènement au Canada de l'État-providence et du développement d'une politique en matière de santé<sup>3</sup>.

En vertu de son pouvoir de dépenser, le gouvernement fédéral peut appliquer des fonds qu'il a prélevés au moyen de mesures fiscales ou autres, et fixer des conditions à l'utilisation de ces fonds. Il a été signalé au Comité que le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral est à la base du transfert des fonds consacrés à l'utilisation des soins de santé ainsi que de l'administration et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Comme nous le verrons plus loin, le gouvernement fédéral joue un rôle important dans l'appui financier aux systèmes provinciaux de soins de santé, et ce, depuis de nombreuses années.

## **1.2 Ententes de partage des coûts**

La forme actuelle du régime public d'assurance-santé au Canada est le fruit d'une évolution étalée sur cinq décennies. Avant la fin des années 40, la médecine et l'assurance privées dominaient les soins de santé au Canada, et l'accès aux soins dépendait de la capacité de payer.

Tom Kent, ancien sous-ministre fédéral et conseiller principal en matière de politiques auprès de Lester B. Pearson, a fait valoir que l'objectif qui sous-tendait la politique fédérale en matière de soins de santé était essentiellement d'assurer un accès en temps opportun aux services de santé requis, sans obstacle financier excessif :

Les Canadiens qui se souviennent de l'époque qui a précédé l'assurance-santé ne constitueront plus sous peu qu'une minorité, si ce n'est déjà fait. Bien sûr, ce qu'était la vie avant que n'existe l'assurance-santé constitue la principale

---

<sup>3</sup> Keith Banting (9:62).

raison qui a mené à sa création. Comme vous le savez tous, autrefois, se faire soigner pouvait représenter un désastre financier même pour les biens nantis, et nombreux étaient les pauvres qui ne se faisaient pas soigner lorsqu'ils en avaient besoin. La politique de l'assurance-santé visait tout simplement à rectifier cette situation et à faire en sorte que les gens puissent obtenir des soins médicaux lorsqu'ils en avaient besoin, sans égard à quelque autre considération que ce soit<sup>4</sup>.

Le mouvement vers un régime d'assurance-santé financé par l'État s'est amorcé en 1947 lorsque la province de la Saskatchewan a adopté un régime d'assurance public et universel pour les services hospitaliers. Puis, en 1957, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* afin d'encourager l'établissement de régimes d'assurance-hospitalisation dans toutes les provinces. Dans le cadre de cette loi, le gouvernement fédéral proposait de partager les coûts des services hospitaliers et diagnostiques avec les provinces, de manière à peu près égale<sup>5</sup>. Le versement des fonds fédéraux était lié à certaines conditions : les provinces convenaient d'offrir les services assurés à tous leurs résidents, suivant les mêmes modalités et conditions. En 1961, toutes les provinces avaient conclu des ententes mettant sur pied des régimes d'assurance-santé qui prévoyaient une couverture universelle en ce qui a trait aux soins médicaux aux patients hospitalisés.

En 1962, la Saskatchewan a encore une fois ouvert la voie en élargissant l'assurance-santé publique aux services médicaux offerts à l'extérieur des hôpitaux. En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé, présidée par l'honorable juge Emmett Hall, a recommandé que le gouvernement

*En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé a recommandé au gouvernement fédéral de conclure avec les provinces des ententes sur le partage des coûts de services de santé complets et universels pour les citoyens, affirmant que l'accès sans frais aux soins de santé pour tous les Canadiens était équitable, rentable et responsable sur le plan social.*

*Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:10).*

fédéral mette sur pied un régime public d'assurance-soins médicaux semblable à celui offert aux résidents de la Saskatchewan. En réponse au rapport de la commission Hall, le

<sup>4</sup> Tom Kent (13:30).

<sup>5</sup> Dans le cadre de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, on calculait les versements aux provinces de la manière suivante: le montant à verser à une province au cours d'une année était de 25 % de la moyenne nationale du coût par habitant des services assurés, plus 25 % du coût des services assurés par résident de cette province, multiplié par la population de cette province pour l'année en question. Dans l'ensemble, la contribution du gouvernement fédéral équivalait à environ 50 % des coûts des services assurés au

gouvernement fédéral a adopté en 1966 la *Loi sur les soins médicaux*, qui prévoyait que le fédéral assumerait environ la moitié des coûts des services médicaux admissibles<sup>6</sup>. Pour avoir droit aux fonds fédéraux, les régimes provinciaux d'assurance-santé devaient satisfaire à quatre conditions en matière d'administration publique, de transférabilité, d'universalité et d'intégralité. En 1972, toutes les provinces avaient élargi leurs régimes d'assurance-santé de manière à inclure les services de médecin.

En 1966, le gouvernement fédéral a mis sur pied le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Même si l'objectif principal de ce programme fédéral-provincial était le partage des coûts associés aux services d'assistance sociale, le RAPC couvrait aussi les coûts de certains services de santé dont avaient besoin les assistés sociaux mais que le régime public d'assurance-santé et les régimes provinciaux complémentaires ne finançaient pas, principalement ceux des médicaments d'ordonnance ainsi que ceux des soins dentaires et ophtalmologiques.

Au cours des audiences, des témoins ont relevé un certain nombre de désavantages liés aux ententes de partage des coûts, à la fois dans le cadre de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et de la *Loi sur les soins médicaux*:

- le manque de prévisibilité des coûts pour le gouvernement fédéral;
- l'extrême lourdeur administrative;
- l'inflexibilité du financement fédéral, qui nuisait à l'innovation;
- la perception par les provinces qu'il s'agissait d'une ingérence fédérale dans un domaine de compétence provincial.

Selon l'honorable Marc Lalonde, ancien ministre de la Santé et ministre des Finances du gouvernement fédéral, vu que les transferts fédéraux aux provinces étaient liés aux initiatives

---

Canada, mais cette contribution était supérieure dans les provinces où les coûts par habitant étaient inférieurs à la moyenne nationale, et inférieure dans les autres provinces.

<sup>6</sup> Dans le cadre de la *Loi sur les soins médicaux*, le montant auquel avait droit une province au cours d'une année était équivalent à 50 % de la moyenne nationale du coût par habitant des services assurés, multiplié par la population de la province cette année-là. Ainsi, toutes les provinces recevaient des transferts par habitant égaux, même si la contribution fédérale en termes de proportion des dépenses provinciales totales variait d'une province à l'autre.



provinciales en matière de dépenses, les programmes à coûts partagés s'avéraient trop coûteux pour le gouvernement fédéral; de plus, les coûts étaient imprévisibles :

Du côté du gouvernement fédéral, [...] nous étions pris à payer 50 p. 100 de ce que les provinces voulaient dépenser dans les domaines couverts sans avoir quoi que ce soit à dire sur l'allocation de ces dépenses par les gouvernements provinciaux. Il y avait alors un désir de grande prévisibilité dans les obligations du gouvernement fédéral [...].<sup>7</sup>

Tom Kent, que certains considèrent comme le fondateur du régime d'assurance-santé canadien, a fait valoir que ces ententes de partage des coûts étaient à la fois lourdes à administrer et perçues comme une ingérence dans un domaine de compétence provincial :

[...] Toutefois, comment ces 50 p. 100 des coûts étaient-ils calculés? Pour l'assurance-hospitalisation, les provinces avaient signé des accords qui exigeaient d'elles qu'elles fournissent des rapports détaillés et consentent à ce que le fédéral avalise une bonne part de leurs décisions. On s'est opposé, en principe, à cela sous prétexte qu'il s'agissait d'une ingérence dans une compétence provinciale et d'une distorsion des priorités provinciales. De plus, et c'était important autant pour les gouvernements provinciaux que pour le gouvernement fédéral, le système était lourd à administrer.<sup>8</sup>

*Jusqu'alors, les provinces devaient présenter des rapports détaillés sur leurs programmes, et les fonctionnaires fédéraux devaient décider si tel ou tel programme — par exemple un foyer pour personnes âgées — relevait ou non de l'enveloppe à frais partagés. Beaucoup de décisions de détail ont été prises à Ottawa, ce qui, en réalité, représentait une intervention beaucoup plus lourde et un contrôle administratif beaucoup plus accentué du champ de compétence provincial.*

*Keith Banting, Université Queen's (9:64)*

M. Lalonde a également signalé que les provinces s'inquiétaient du manque de souplesse du financement découlant de la loi fédérale, car ce financement se limitait aux services hospitaliers et médicaux. À son avis, il en résultait une distorsion de la répartition des ressources affectées aux soins de santé et un effet néfaste sur l'innovation :

[...] le régime en force décourageait l'innovation et concentrait les ressources dans des domaines plus coûteux comme la santé, l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale. [...] Avec le temps, on s'est aperçu que cette

<sup>7</sup> L'hon. Marc Lalonde (15:7).

<sup>8</sup> Tom Kent (13:33).

conception des soins de santé était plutôt étriquée et qu'il y avait une alternative moins coûteuse que l'hospitalisation pour bon nombre de traitements. Malheureusement, cette alternative n'était pas éligible à la participation aux coûts par le gouvernement fédéral. [...] [Par exemple,] le gouvernement du Québec voulait mettre sur pied des centres locaux de services communautaires pour dégorger les hôpitaux, favoriser des services moins spécialisés et plus accessibles à la population. Il faisait cependant face à une situation où il lui fallait absorber 100 p. 100 de ces coûts<sup>9</sup>.

En 1977-1978, on a remplacé les ententes de partage des coûts moitié-moitié par le Financement des programmes établis (FPE), un mécanisme de financement global qui combinait les transferts fédéraux destinés aux services hospitaliers et aux soins médicaux et les transferts destinés à l'éducation postsecondaire. La même année, le gouvernement fédéral a aussi mis sur pied le Programme des services complémentaires de santé (PSCS) afin d'offrir aux provinces une aide financière destinée aux soins ambulatoires, aux soins intermédiaires en maison de repos, aux soins en établissement pour adultes et aux soins à domicile. Les transferts dans le cadre du PSCS étaient liés au mécanisme de financement global du FPE.

*Le nouveau système, qu'on allait appeler financement forfaitaire, faisait en sorte que le gouvernement fédéral verse aux provinces une contribution générale pour couvrir les dépenses de santé et d'éducation postsecondaire. Il n'y aurait dès lors plus cette étroite correspondance entre les dépenses et les transferts, en ce sens que le gouvernement fédéral ferait un virement forfaitaire qui ne serait pas calculé en fonction de ce que les provinces auraient dépensé, mais qui augmenterait au fil du temps parallèlement à la croissance de l'économie. Le montant du transfert n'aurait dorénavant plus rien à voir avec le montant dépensé par la province.*

*Keith Banting, Queen's University (9:64).*

### 1.3 Fonctionnement du mécanisme de financement global du FPE

Dans le cadre du FPE, chaque province recevait un montant égal par habitant pour les soins de santé et l'éducation postsecondaire. Théoriquement, environ 70 % des transferts au titre du FPE étaient affectés au volet « soins de santé » et 30 %, au volet « éducation ». Cette répartition était arbitraire, étant donné que le FPE était un mécanisme de financement « global ». Contrairement aux programmes à coûts partagés, les transferts au titre du FPE n'étaient pas fonction des dépenses de la province affectées aux soins de santé et à

<sup>9</sup> L'hon. Marc Lalonde (15:6-7).

l'éducation postsecondaire. De plus, les pourcentages signalés ci-dessus ne reflétaient pas nécessairement la répartition mise en application au niveau provincial, puisque les provinces avaient la possibilité d'utiliser les transferts du FPE suivant de leurs propres priorités.

Les droits des provinces au titre du FPE comportaient deux volets : un transfert fiscal et un transfert monétaire. Dans le cadre du transfert fiscal, le gouvernement fédéral cédait une marge fiscale aux provinces en leur transférant des points d'impôt. Pour ce faire, il réduisait ses taux d'imposition et les provinces augmentaient les leurs d'un niveau équivalent. Ainsi, il y avait une réaffectation des recettes entre les deux ordres de gouvernement : les recettes fédérales étaient réduites d'un montant équivalent à l'augmentation des recettes des gouvernements provinciaux. Le fardeau fiscal des contribuables demeurait le même puisque, même s'ils déboursaient davantage en impôt provincial, ils versaient moins en impôt fédéral<sup>10</sup>. Le transfert monétaire – un versement périodique par chèque – comblait la différence entre les droits totaux au titre du FPE de chaque province et la valeur du transfert fiscal.

Au départ, on calculait le versement de base au titre du FPE en se reportant à un montant par habitant initial, déterminé en 1975-1976, puis rajusté chaque année à l'aide d'un facteur de progression lié au taux de croissance du produit intérieur brut (PIB)<sup>11</sup> par habitant<sup>12</sup>. Pour calculer la valeur totale des droits d'une province au titre du FPE, on multipliait le montant par habitant initial par le facteur de progression, puis par la population de la province.

---

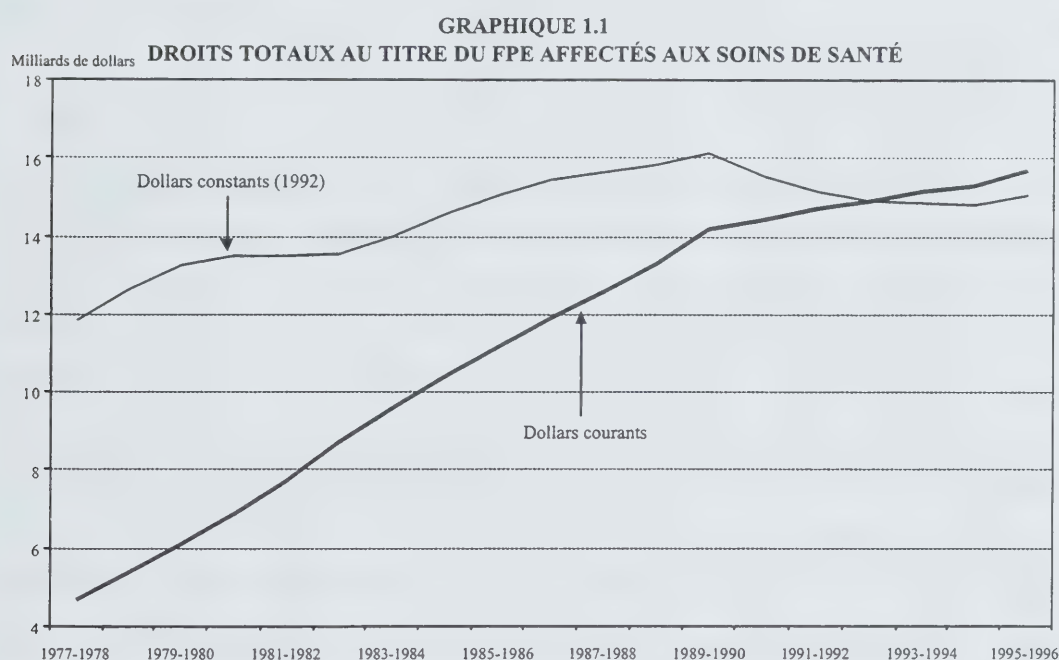
<sup>10</sup> Dans le cadre du FPE, le gouvernement fédéral a transféré 13,5 points de l'impôt sur le revenu des particuliers et un point de l'impôt sur le revenu des sociétés. Les provinces dont les recettes fiscales étaient inférieures à une norme provinciale recevaient des paiements de péréquation assurant que leur transfert serait équivalent à la norme (les provinces auxquelles on se reportait pour établir la norme étaient le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique). Se prévalant des accords de retrait facultatif, le Québec a reçu un abattement spécial de 8,5 points d'impôt additionnels pour l'impôt sur le revenu des particuliers. En raison de cet abattement additionnel, le Québec a obtenu une part relativement plus importante que les autres provinces de sa contribution fédérale sous forme de points d'impôt transférés et une part plus petite sous forme de transferts monétaires. Cependant, au total, les droits du Québec au titre du FPE (par habitant) étaient exactement les mêmes que ceux des autres provinces.

<sup>11</sup> Le PIB mesure la valeur de tous les biens, services et investissements à l'intérieur d'un pays durant une période déterminée, habituellement un an.

<sup>12</sup> Les montants des droits par habitant initiaux étaient de 144,34 \$ pour les soins hospitaliers et médicaux, de 68,31 \$ pour l'éducation postsecondaire et de 20,00 \$ pour les services de santé complémentaires.



En vue de réduire le déficit fédéral, le facteur de progression a été modifié à plusieurs reprises. En 1983-1984 et 1984-1985, on a plafonné le facteur de progression associé au volet de l'éducation à 6 % et à 5 % respectivement (si on avait utilisé la formule tenant compte de la croissance du PIB, le volet du PFE consacré à l'éducation aurait augmenté de 9 % en 1983-1984 et de 8 % en 1984-1985). Quant aux autres années, le facteur de progression était le même que pour le volet des soins de santé.



Source: Ministère des Finances, calculs spéciaux, 21 juillet 2000, et Bibliothèque du Parlement.

De 1986-1987 à 1989-1990, on a réduit de 2 % le facteur de progression utilisé pour calculer les droits totaux au titre du PFE. Après cette période, et jusqu'en 1994-1995, on a gelé les transferts par habitant à leurs niveaux de 1989-1990, si bien que les paiements de transfert ont augmenté en fonction de la croissance démographique de chaque province (environ 1 %). En 1995-1996, on a diminué le facteur de progression de 3 %, entraînant un facteur de progression négatif (presque -1,0 %, selon la Division des relations fédérales-provinciales du ministère des Finances); ainsi, il y a eu une réduction des transferts par habitant, puisque la croissance du PIB était inférieure à 3 %.

Le graphique 1.1 illustre l'évolution des droits totaux au titre du FPE, à la fois en dollars courants et en dollars constants. En termes de dollars courants, il y a eu une croissance continue des paiements de transfert totaux destinés aux soins de santé, bien que le taux de croissance ait diminué considérablement à la fin des années 80. Cependant, après un rajustement tenant compte de l'inflation et la conversion en dollars constants (1992), on constate que les droits des provinces destinés aux soins de santé ont commencé à diminuer en 1989-1990. À cause de son déficit et de sa volonté de réduire ses dépenses, à la fin des années 80 et au début des années 90, le gouvernement fédéral a progressivement restreint sa contribution réelle aux soins de santé provinciaux.

Pour nous faire une idée de l'ampleur de la réduction du financement fédéral, nous avons demandé à la Bibliothèque du Parlement d'estimer le manque à gagner des provinces découlant des contraintes imposées à la croissance des transferts du FPE destinés aux soins de santé. Nous avons utilisé deux méthodes de calcul. La première méthode détermine la différence entre les droits réels assignés par le FPE aux soins de santé et la valeur hypothétique des transferts fédéraux si le FPE n'avait subi aucune modification. La seconde méthode est différente, car elle compare les modifications apportées par la loi à la formule du FPE d'une période à la suivante. Elle détermine la différence entre les droits réels assignés par le FPE aux soins de santé et le niveau des transferts que les provinces auraient obtenus en supposant le maintien des mesures en vigueur lors de la période précédente. Le tableau 1.1 présente les résultats de ces calculs. Bien qu'il faille considérer ces données avec prudence, il est clair que les provinces ont subi des pertes continues de 1986-1987 à 1995-1996 pour ce qui est des transferts fédéraux destinés aux soins de santé.

Certains témoins ont avancé que, même s'il ne s'agissait pas de l'objectif initial du FPE, le mécanisme de financement global a permis au gouvernement fédéral de réduire son engagement financier à l'égard des soins de santé. Par exemple, l'honorable Marc Lalonde a formulé le commentaire suivant :

Je tiens à souligner que l'intention à l'époque n'était d'ailleurs pas de réduire la contribution fédérale aux services déjà couverts, mais il est évident que les événements subséquents ont démontré qu'il était peut-être plus facile pour le

gouvernement fédéral de le faire en vertu du programme de 1977 qu'antérieurement<sup>13</sup>.

**TABLEAU 1.1**  
**ÉVALUATION DU MANQUE À GAGNER DES PROVINCES**  
**IMPUTABLE AUX CONTRAINTES IMPOSÉES À LA**  
**CROISSANCE DES TRANSFERTS AU TITRE DU FPE POUR LES**  
**SOINS DE LA SANTÉ**

	Résultats – 1 <sup>re</sup> méthode de calcul (en dollars)	Résultats – 2 <sup>e</sup> méthode de calcul (en dollars)
1986-1987	226 309 946	226 309 946
1987-1988	486 176 584	486 176 584
1988-1989	779 908 361	779 908 361
1989-1990	1 119 885 311	1 119 885 311
1990-1991	2 235 404 086	1 923 289 637
1991-1992	3 091 649 580	2 428 407 569
1992-1993	3 516 854 362	2 485 271 924
1993-1994	3 688 879 572	2 287 699 962
1994-1995	3 935 164 742	2 152 824 719
1995-1996	4 533 434 766	2 270 889 679
<b>TOTAL</b>	<b>23 613 667 310</b>	<b>16 160 663 692</b>

*Source : Ministère des Finances et Bibliothèque du Parlement.*

Toutefois, un tel désengagement a nui à la visibilité du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé :

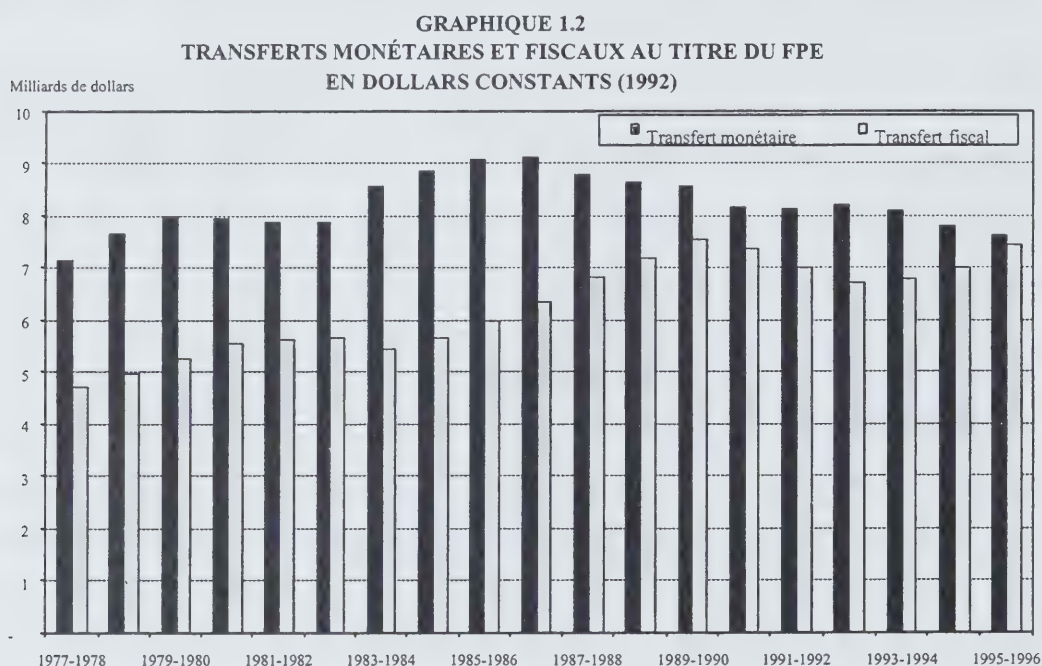
Il était plus difficile, évidemment, d'évaluer spécifiquement la contribution fédérale à chaque programme puisque vous aviez des versements qui couvraient un ensemble de programmes et qu'il n'y avait pas une allocation spécifique comme antérieurement, à l'assurance médicale. [...] Sans aucun doute, il en est résulté une certaine réduction de la visibilité politique de la contribution fédérale<sup>14</sup>.

Le graphique 1.2 illustre les voies divergentes suivies par les transferts monétaires et les transferts fiscaux, à la suite des limites imposées au taux de croissance général des droits au titre du FPE. Tandis que les transferts monétaires destinés aux soins de santé ont diminué continuellement entre 1986-1987 et 1995-1996, la valeur des transferts fiscaux a augmenté en

<sup>13</sup> L'hon. Marc Lalonde (15:7).



termes réels au cours de la première moitié des années 90. Il est devenu clair que, à moyen terme, les contraintes imposées au taux de croissance des droits au titre du FPE destinés aux soins de santé auraient tari les transferts monétaires dans certaines provinces. Nous abordons la distinction entre les transferts monétaires et fiscaux de manière plus approfondie à la section 1.5 plus loin.



Source: Ministère des Finances, calculs spéciaux, 21 juillet 2000, et Bibliothèque du Parlement.

#### **1.4 Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)**

Dans le discours du budget de 1995, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il prévoyait fusionner le FPE et le RAPC en un nouveau mécanisme de financement global appelé le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), qui engloberait les transferts destinés aux soins de santé, à l'éducation postsecondaire et à l'aide sociale. Avec l'entrée en vigueur du projet de loi C-76, la mise en œuvre du TCSPS est survenue en 1996-1997. Depuis, la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement et les provinces*, qui régit le TCSPS à

<sup>14</sup> *Ibid*

l'heure actuelle, a fait l'objet de modifications à cinq reprises, au moyen des mesures législatives suivantes : le projet de loi C-31 (1996), le projet de loi C-28 (1998), le projet de loi C-71 (1999), le projet de loi C-32 (2000) et le projet de loi C-45 (2000). Le tableau 1.2 rend compte des diverses mesures législatives ayant eu une incidence sur le TCSPS.

**TABLEAU 1.2**  
**BREF HISTORIQUE DU TCSPS**

<b>1995</b>	<p>Le budget annonce que, à compter de 1996, le FPE et le RAPC seront remplacés par un mécanisme de financement unique, le TCSPS. Pour 1995-1996 (<u>projet de loi C-76</u>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la croissance du FPE est fixée au niveau de croissance du PNB moins 3 %;</li> <li>• le RAPC est gelé aux niveaux de 1994-1995 pour toutes les provinces;</li> <li>• les droits au titre du TCSPS sont fixés à 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997 et à 25,1 milliards pour 1997-1998;</li> <li>• ces droits pour 1996-1997 seront répartis entre les provinces dans la même proportion que le total des droits au titre du FPE et du RAPC pour 1995-1996;</li> <li>• la valeur des transferts en espèces est obtenue de façon résiduelle : elle est égale à la différence entre les transferts des points d'impôt et l'ensemble des droits au titre du TCSPS.</li> </ul>
<b>1996</b>	<p>Le budget annonce un mécanisme quinquennal de financement du TCSPS de 1998-1999 à 2002-2003 (<u>projet de loi C-31</u>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour 1996-1997 et 1997-1998, les droits au titre du TCSPS sont maintenus à 26,9 et 25,1 milliards de dollars respectivement. Puis, pour 1998-1999 et 1999-2000, ils sont fixés à 25,1 milliards. Pour les trois exercices subséquents, ils augmenteront en fonction d'un facteur de progression, soit la croissance moyenne du PIB au cours des trois années précédentes moins un coefficient prédéterminé (2 % en 2000-2001, 1,5 % en 2001-2002 et 1 % en 2002-2003);</li> <li>• un plancher des transferts en espèces d'au moins 11 milliards de dollars par année est établi;</li> <li>• une nouvelle formule de répartition est mise en place pour tenir compte des différences dans la croissance démographique des provinces et pour réduire de moitié d'ici 2002-2003 les disparités existantes dans le calcul des droits – un premier jalon dans la direction d'une répartition égale par habitant.</li> </ul>
<b>1998</b>	<p>Un projet de loi est adopté (<u>C-28</u>), fixant le nouveau plancher des transferts en espèces du TCSPS à 12,5 milliards de dollars entre 1997-1998 et 2002-2003. Par conséquent, les droits totaux au titre du TCSPS varient directement selon la valeur des points d'impôt et le transfert en espèces n'est plus déterminé de façon résiduelle.</p>
<b>1999</b>	<p>Le budget prévoit une bonification du TCSPS se chiffrant à 11,5 milliards de dollars sur cinq ans, expressément pour les soins de santé (<u>projet de loi C-71</u>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• huit milliards de dollars sous forme d'une majoration du TCSPS et 3,5 milliards de dollars sous forme d'un supplément au TCSPS, pour permettre aux provinces et aux territoires de prélever des fonds sur trois ans en fonction de leurs besoins. Le supplément est versé aux provinces selon un montant égal par habitant;</li> <li>• le plancher des transferts en espèces est aboli, la nouvelle législation prévoyant un montant pour ces transferts dépassant la limite des 12,5 milliards de dollars; de même, le facteur de progression servant à calculer la croissance des droits totaux au titre du TCSPS disparaît, puisque ces derniers ne sont plus fixés par la loi et varient directement selon le montant des transferts en espèces;</li> <li>• la formule de répartition provinciale est modifiée pour que les droits au titre du TCSPS soient calculés sur la base d'un montant égal par habitant d'ici 2001-2002;</li> <li>• la loi prolonge le TCSPS jusqu'en 2003-2004.</li> </ul>
<b>2000</b>	<p>Le budget annonce 2,5 milliards de dollars de plus pour le TCSPS afin d'aider les provinces et les territoires à financer l'enseignement postsecondaire et les soins de santé (<u>projet de loi C-32</u>). Ces crédits sont versés dans un Fonds du supplément du TCSPS, et les provinces et les territoires reçoivent un montant identique par habitant. Les provinces peuvent utiliser leur part du supplément en tout temps, sur</p>

	une période de quatre ans (de 2000-2001 à 2003-2004).
2000	Le TCSPS est prolongé d'un an, soit jusqu'en 2005-2006, et le montant total des droits à ce titre est porté à 21,1 milliards de dollars sur une période de cinq ans ( <u>projet de loi C-45</u> ). Les transferts en espèces bonifiés doivent s'appliquer aux trois domaines visés par le TCSPS, dont le développement de la petite enfance, et sont attribués aux provinces de sorte que celles-ci reçoivent la même somme par habitant.

Source : Ministère des Finances (<http://www.fin.gc.ca/FEDPROVE/hisf.html>) et Bibliothèque du Parlement.

La structure du TCSPS ressemble à celle du FPE, étant donné que le TCSPS comporte à la fois des transferts monétaires et fiscaux. Cependant, contrairement au FPE, le TCSPS prévoyait un plancher pour les transferts monétaires. On a établi le plancher monétaire, d'abord fixé à 11 milliards de dollars puis majoré à 12,5 milliards en 1997-1998, pour s'assurer que la croissance de la valeur des points d'impôt n'éroderait pas le transfert monétaire<sup>15</sup>. De nombreux témoins ont signalé que, en créant le TCSPS, le gouvernement fédéral a prévenu l'érosion de sa capacité de veiller à ce que les provinces respectent la *Loi canadienne sur la santé*.

La loi sur le TCSPS précise la manière dont les droits totaux seront répartis entre les provinces. Initialement, on ne calculait pas les droits des provinces sur la base d'un montant par habitant. Avec le projet de loi C-76 (1995), la répartition pour l'année 1996-1997 était fondée uniquement sur la part des transferts obtenue par chaque province dans le cadre du RAPC en 1994-1995 et dans le cadre du FPE en 1995-1996. Puis, avec le projet de loi C-31 (1996), les droits de chaque province pour 1997-1998 étaient basés sur les transferts obtenus dans le cadre des programmes antérieurs, ainsi que sur le ratio entre les croissances démographiques cumulatives de la province et du Canada. De 1998-1999 à 2002-2003, la formule de répartition devait être similaire à celle de 1997-1998, mais en tenant compte de la proportion de la population nationale au sein de chaque province et en appliquant aussi un coefficient de pondération. Cette modification de la formule visait à réduire les écarts entre les provinces en matière de transferts par habitant, sans toutefois verser les mêmes montants par habitant<sup>16</sup>.

<sup>15</sup> Le plancher des transferts en espèces au titre du TCSPS a été aboli en 1999, la nouvelle législation (projet de loi C-71) prévoyant un montant pour ces transferts dépassant la limite des 12,5 milliards de dollars.

<sup>16</sup> La raison principale de ces écarts est la différence du financement attribué dans le cadre du RAPC : les provinces qui recevaient une part supérieure à la moyenne dans le cadre du RAPC ont continué de bénéficier d'une part supérieure à la moyenne dans le cadre du TCSPS.



Avec l'adoption du projet de loi C-71 en 1999, on a modifié encore une fois la méthode de répartition des transferts au titre du TCSPS. La nouvelle méthode permet une répartition moins axée sur la part provinciale initiale (basée sur les programmes précédents du FPE et du RAPC) et reflétant davantage le poids démographique des provinces. Ainsi, les transferts au titre du TCSPS se dirigent progressivement vers une répartition par habitant identique entre les provinces. En fait, il est prévu que, d'ici 2001-2002, toutes les provinces recevront une part égale par habitant des droits au titre du TCSPS.

Cette répartition égale des droits par habitant doit toucher les transferts monétaires et fiscaux, et pas seulement les transferts monétaires. La contribution monétaire fédérale par habitant variera encore d'une province à l'autre. Toutes les provinces qui bénéficient de la péréquation obtiennent, comme dans le passé, une contribution monétaire au titre du TCSPS plus élevée que la moyenne provinciale générale. En effet, ces provinces ont besoin d'une majoration des transferts monétaires fédéraux par habitant pour que leurs droits atteignent la moyenne nationale<sup>17</sup>. De leur côté, les provinces plus riches recevront une plus grande part de leur soutien fédéral sous forme de points d'impôt et une part moindre découlant des transferts monétaires.

Par conséquent, si le volet monétaire du TCSPS était attribué sur la base d'un montant identique par habitant, les droits totaux par habitant seraient plus élevés pour les provinces où les revenus sont plus élevés, car leurs points d'impôt produisent des recettes plus importantes. Aux yeux du gouvernement fédéral, des droits totaux par habitant égaux assure un soutien fédéral équitable à toutes les provinces, sans égard aux différences quant aux recettes et aux taux de croissance économique des gouvernements provinciaux<sup>18</sup>.

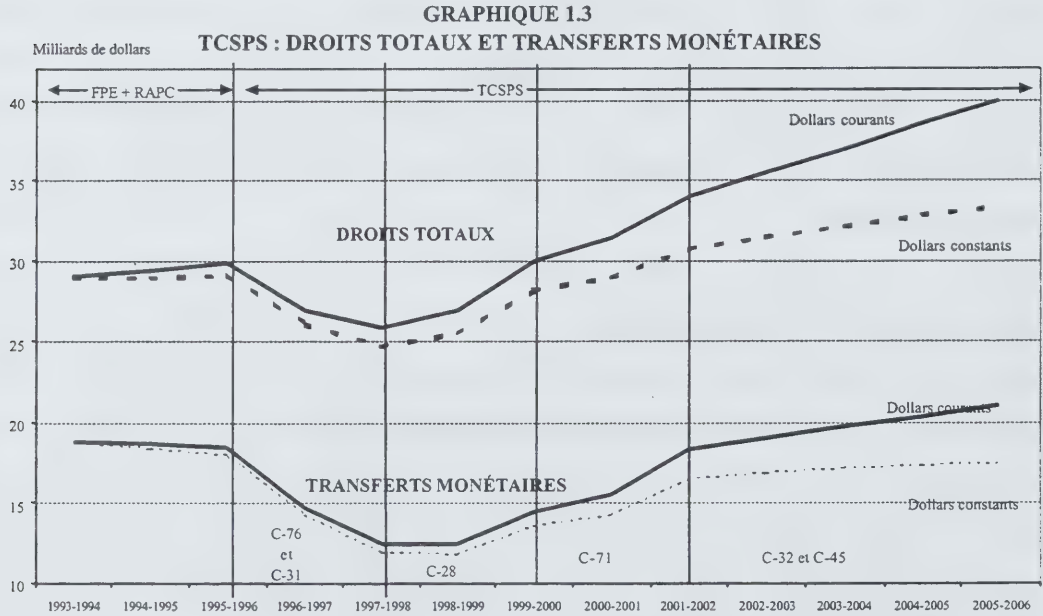
*Comme chacun sait, le TCSPS représentait une réduction des paiements en espèces au moment où le gouvernement fédéral réduisait ses dépenses pour résorber le déficit. Toutefois, la valeur des points fiscaux a continué de croître au fur et à mesure que l'économie a progressé.*

*Abby Hoffman,  
conseillère principale en matière de  
politiques,  
Santé Canada (13:9).*

<sup>17</sup> Ministère des Finances, *Historique du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le 7 juin 2000, p. 3.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 6.

Comme l'indique le graphique 1.3, l'adoption du projet de loi C-76 (1995) et la mise en œuvre du TCSPS ont entraîné d'importantes réductions des transferts fédéraux aux provinces. De 1995-1996 à 1996-1997, les droits totaux au titre du TCSPS (exprimés en dollars courants) ont diminué de 3,0 milliards de dollars, soit de 10 %. Au cours de la même période, les transferts monétaires ont chuté de manière encore plus marquée, de quelque 3,7 milliards de dollars, soit de 20 %. L'année suivante, l'ensemble des droits au titre du TCSPS a encore reculé de 1,1 milliard de dollars (soit de 5 %), tandis que les transferts monétaires étaient réduits de 2,2 milliards de dollars (soit de 15 %). Les modifications découlant des projets de loi C-28 (1998) et C-71 (1999) ont renversé ces tendances à la baisse pour ce qui est de l'ensemble des droits au titre du TCSPS et du volet des transferts monétaires.



Source: Ministère des Finances et Bibliothèque du Parlement.

Nota: La conversion en dollars constants (1993-94) a été faite en utilisant l'indice implicite des dépenses gouvernementales; on a supposé une croissance annuelle de 2% de 2000-01 à 2005-06.

Combinés, les projets de loi C-32 (2000) et C-45 (2000) ont donné lieu, quant à eux, à une progression notable de l'ensemble des droits au titre du TCSPS ainsi que des transferts en espèces. Le premier prévoyait l'injection d'un montant supplémentaire s'élevant à 2,5 milliards de dollars, devant être octroyé aux provinces sur la base d'une répartition égale par habitant. Le second a été adopté pour donner suite à une entente fédérale-provinciale en

matière de santé conclue le 11 septembre 2000 à l'issue d'une réunion des premiers ministres; cette entente prévoyait un investissement supplémentaire du fédéral totalisant 21,1 milliards de dollars au titre des transferts monétaires. Elle s'est également traduite par l'octroi de 2,3 milliards de dollars supplémentaires en fonds ciblés pour aider les provinces à acheter du matériel médical (1 milliard de dollars), à améliorer les systèmes d'information à l'appui des services de santé (0,5 milliard de dollars) et à réformer la prestation de soins de première ligne (0,8 milliards de dollars).

On s'attend à ce qu'en dollars courants les droits totaux au chapitre du TCSPS atteignent un nouveau sommet d'environ 31 milliards de dollars en 2000-2001, soit légèrement plus qu'avant les compressions de 1996-1997, et que les transferts monétaires égalent leur record en 2002-2003. Toutefois, en dollars constants (de 1993-1994), l'ensemble des droits ne dépassera son niveau de 1995-1996 qu'en 2002-2003, et les transferts monétaires ne connaîtront jamais plus leur sommet de 1993-1994. Dans le même temps, la valeur des transferts fiscaux au titre du TCSPS continue de croître; de 1997-1998 à 2000-2001, une proportion plus élevée du TCSPS a été assurée sous la forme de transferts fiscaux.

Bien que le gouvernement fédéral ait adopté des mesures en vue de mettre fin aux réductions des paiements de transfert au titre du TCSPS et d'assurer la croissance des transferts (notamment au moyen des projets de loi C-28, C-71, C-32 et C-45), il n'a pas réussi, selon les provinces, à rétablir le volet monétaire aux niveaux antérieurs. À plusieurs reprises, les gouvernements provinciaux ont pressé le fédéral de faire en sorte que les transferts monétaires remontent à leurs niveaux de 1994-1995 et d'inclure un facteur de progression propre à assurer une croissance appropriée du TCSPS. À leurs yeux, il s'agirait d'une grande amélioration en vue de stabiliser et de soutenir le système canadien de soins de santé<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Premiers ministres provinciaux et leaders territoriaux, *Lettre au Premier ministre du Canada*, 3 février 2000. On peut consulter la lettre sur le site Internet du Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à [http://www.scics.gc.ca/cinfo00/85007604\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo00/85007604_f.html). Voir également la déclaration "Les engagements des premiers ministres envers leurs citoyens en matière de santé", 4 Conférence annuelle des Premiers ministres provinciaux, communiqué de presse du 11 août 2000 (disponible à l'adresse Internet suivante : [http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017\\_f.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017_f.html)).



## 1.5 Transferts de points d'impôt et transferts monétaires

Le gouvernement fédéral et les provinces ne sont pas d'accord sur ce qui constitue la contribution fédérale aux soins de santé, parce qu'ils n'ont pas la même perception des transferts fiscaux. Le gouvernement fédéral estime que les transferts monétaires et fiscaux devraient être considérés comme une seule et même chose puisqu'ils représentent un coût pour le Trésor fédéral et que les deux contribuent aux recettes provinciales. Par conséquent, il inclut le volet fiscal dans son calcul de l'ensemble des droits au chapitre du TCSPS.

Cependant, les provinces ne croient pas qu'il soit légitime de compter la valeur des points d'impôt comme faisant partie du transfert au titre du TCSPS. Elles avancent que les points d'impôt constituent un transfert ponctuel et permanent survenu il y a 23 ans; ces points d'impôt font maintenant partie intégrante de l'espace fiscal des provinces. De plus, elles affirment que durant les deux dernières décennies le gouvernement fédéral a plus que récupéré la marge fiscale qu'il avait cédée en 1977. Aux yeux des provinces :

[...] la méthode fédérale consistant à inclure les points d'impôt a eu pour effet, en particulier au cours des dernières années, de donner l'impression que le transfert au titre du TCSPS est plus important qu'il n'est vraiment et les coupures relatives au TCSPS plus modestes qu'elles ne le sont réellement<sup>20</sup>.

Durant nos audiences, les témoins ont fait valoir des opinions divergentes sur les transferts fiscaux.

Dans son exposé au Comité, l'hon. Monique Bégin a laissé entendre que les points d'impôt devraient être retirés entièrement du calcul du TCSPS et que seul l'argent devrait être transféré aux provinces. À son avis, cette approche aurait pour effet à la fois de préserver le rôle du gouvernement fédéral à

*J'écarterais tout simplement les points d'impôt du chemin. Je pense qu'ils empoisonnent tout le système et n'aident à rien. S'il faut dire que c'était une mauvaise mesure politique, soit. C'était une mauvaise mesure politique, mais je continue de croire fermement que c'était la seule solution possible à l'époque. Peut-être auraient-ils dû donner moins de points d'impôt et plus d'espèces.*

*L'hon. Monique Bégin (16:8)*

l'égard de l'établissement et du maintien des principes nationaux et de permettre aux gouvernements provinciaux de compter sur une contribution stable. Cette suggestion ne

<sup>20</sup> Ministres de la Santé provinciaux et territoriaux, *Comprendre les coûts du système de soins de santé au Canada*, juin 2000, p. 10.

pourrait être mise en œuvre que si le gouvernement fédéral acceptait de renoncer à recouvrer le coût engagé au moment où il a transféré les points d'impôt aux provinces.

De son côté, l'hon. Marc Lalonde a affirmé que les transferts fiscaux étaient encore une contribution fédérale valide :

Je pense également que la contribution sous forme de points fiscaux ne devrait pas simplement être passée par pertes et profits. Le gouvernement fédéral, à un moment donné, a cédé une part de son assiette fiscale. Cette contribution, à mon avis, existe toujours. Il y a moyen de l'évaluer, d'évaluer la contribution du Parlement fédéral aux programmes provinciaux dans les domaines de la santé et des autres services couverts par le nouveau système, c'est-à-dire l'éducation postsecondaire, la santé et l'assistance sociale<sup>21</sup>.

M. Lalonde a également fait valoir au Comité que les transferts fiscaux étaient, et demeuraient, un compromis raisonnable pour ce qui est de l'intervention fédérale dans un domaine de compétence principalement provincial. En outre, en 1977, ils semblaient le seul moyen de conclure un accord avec toutes les provinces :

En substance, c'était un arrangement politique avec les provinces. Nous avons acheté la paix à un certain prix, cela ne fait pas de doute. [...] L'enjeu était politiquement très important au Québec en particulier, mais les provinces en général se plaignaient de ce que le gouvernement fédéral dépense dans un domaine de compétence provinciale. Nous répliquions que nous nous servions simplement de notre pouvoir de dépense constitutionnel. Il était évident que ces programmes resteraient en place pendant longtemps. Certaines provinces avaient des points fiscaux qui leur rapportaient davantage qu'à d'autres, et les provinces disaient avec insistance qu'elles seraient beaucoup plus rassurées, moins à la merci du gouvernement fédéral, si au moins une partie du transfert prenait la forme de points fiscaux<sup>22</sup>.

En somme, il n'y a pas de réponse unique à la question de savoir comment comptabiliser les points d'impôt. Keith Banting a fait valoir que les deux points de vue – celui du gouvernement fédéral et celui des provinces – sont valables :

---

<sup>21</sup> L'hon. Marc Lalonde (15:13).

<sup>22</sup> L'hon. Marc Lalonde (15:10-11).

Il n'existe pas de réponse monolithique à la question de savoir ce qu'est la contribution fédérale au système de soins de santé. Les provinces sont parties du principe que les points d'impôt qui leur sont transférés font simplement partie de leur assiette fiscale et que la contribution fédérale revient simplement à un transfert pécuniaire. Le gouvernement fédéral pour sa part dit pas du tout, cette contribution est composée à la fois du transfert pécuniaire et de la valeur des points d'impôt qui ont été transférés en 1977, majorés selon la croissance de l'économie. Par conséquent, il y a deux réponses à cette question. Les provinces et le gouvernement fédéral ont tous deux raison. Tous deux définissent le système d'une façon différente et, chacun de leur point de vue, ils ont raison<sup>23</sup>.

## 1.6 La contribution fédérale aux soins de santé

Alors, quelle est la contribution fédérale aux soins de santé? Dans le cadre des ententes de partage des coûts de 1957 et de 1966, la part fédérale était d'environ 50 % des services hospitaliers et médicaux admissibles couverts par les régimes provinciaux d'assurance-santé. Cela ne correspondait pas à 50 % de tous les coûts des soins de santé publics encourus par les provinces.

Avec la mise en œuvre du FPE, une portion théorique des paiements de transfert était attribuée aux soins de santé. Toutefois, dans le cadre du TCSPS, il n'y a pas d'affectation spécifique aux soins de santé, même pas une affectation théorique. Par conséquent, il est impossible de déterminer exactement combien le gouvernement fédéral consacre aux soins de santé.

Santé Canada a fourni une évaluation de la contribution fédérale aux soins de santé, calculée en supposant la même répartition

*Je tiens à dire qu'il est difficile [...] d'établir exactement combien le gouvernement fédéral consacre à la santé, étant donné que le TCSPS laisse une grande marge de manoeuvre. Lorsqu'on calcule la contribution fédérale à la santé en faisant la même répartition entre la santé, l'enseignement postsecondaire et la sécurité sociale que pour le FPE et le Régime d'assistance publique, avant l'entrée en vigueur du TCSPS, chaque fois que les gouvernements [des provinces] consacrent 3 \$ à la santé, le gouvernement fédéral donne 1 \$. C'est actuellement un sujet de discussion, mais il est indéniable que sa part correspond au tiers des dépenses publiques.*

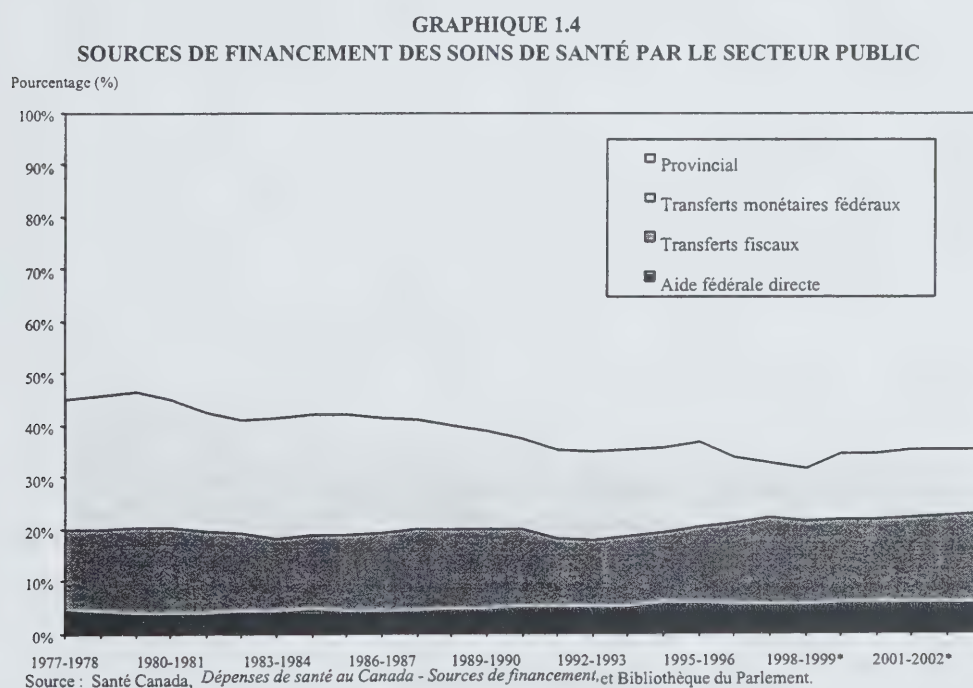
*Abby Hoffman, conseillère principale en  
matière de politiques,  
Santé Canada (13:10).*

<sup>23</sup> Keith Banting ( 9:65).



théorique entre soins de santé, éducation postsecondaire et aide sociale qu'à la période précédant le TCSPS, c'est-à-dire au temps du FPE et du RAPC. Cette évaluation a servi à calculer la part fédérale des dépenses des gouvernements provinciaux dans le domaine des soins de santé.

À l'aide de cette information, on a élaboré le graphique 1.4, qui illustre l'évolution des dépenses en soins de santé en fonction de la source de financement, de 1977-1978 à 2003-2004. Les données, fournies par Santé Canada, indiquent que les dépenses en soins de santé provenant des fonds provinciaux en 1999-2000 devraient correspondre à 65 % des dépenses totales en soins de santé faites par le secteur public. Ainsi, la part fédérale pour cette année-là est d'environ 35 %. Si on n'inclut pas les points d'impôt dans la contribution fédérale, alors la proportion des dépenses en soins de santé par les gouvernements provinciaux s'élève à environ 82 %, tandis que l'apport fédéral est de 18 %.



Les données de Santé Canada indiquent aussi que la part provinciale des dépenses publiques en soins de santé augmente régulièrement depuis la fin des années 70, quelle que soit la

méthode de calcul utilisée. Pendant ce temps, la part fédérale estimative a diminué. La valeur des transferts fiscaux et le financement fédéral direct<sup>24</sup> augmentent légèrement, mais la part des transferts monétaires diminue beaucoup. L'investissement fédéral supplémentaire dans les soins de santé découlant du projet de loi C-45 (2000) pourrait toutefois renverser cette tendance à la baisse.

## 1.7 L'importance de la stabilité du financement fédéral

Selon Tom Kent, les gouvernements fédéraux qui se sont succédés ont, au fil des ans, joué un rôle majeur dans la réduction de l'engagement fédéral à l'égard des soins de santé, en limitant la croissance des paiements de transfert aux provinces ou en les réduisant. Il a déclaré que l'affectation des fonds fédéraux aux soins de santé devrait se faire en rapport avec les coûts provinciaux et qu'un financement fédéral stable assurerait l'uniformité et la cohérence des régimes provinciaux d'assurance-santé :

Pourtant, jusqu'à présent, la principale attaque qu'a dû essuyer l'assurance-santé n'est pas le risque que soit créé un système de soins de santé à deux niveaux, ni M. Klein ni moi qui que ce soit d'autre. Ce sont les gouvernements fédéraux des dernières années. L'assurance-santé ne se fonde pas que sur des principes visant uniquement les provinces. Elle se fonde sur des principes qui visent aussi le gouvernement fédéral, dont le plus crucial et celui qui veut que le gouvernement fédéral s'engage à partager les coûts des provinces. Depuis 1977, on respecte de moins en moins cet engagement et, en 1995, on en a complètement fait fi. En

*J'ai vu dans ma province des coupures radicales et arbitraires et des décisions qui ne tenaient compte que du court terme. Le ministre des Finances voulait avoir un déficit réduit l'année suivante, et on coupait. On a mis les infirmières au Québec à la retraite anticipée. Nous leur avons fait une offre qu'elles ne pouvaient refuser. Maintenant, nous sommes à court d'infirmières. Nous réembauchons celles qui veulent revenir et leur payons des primes conséquentes pour cela. Nous sommes même obligés d'envoyer des gens se faire soigner aux États-Unis, aux frais de l'État. Tout cela était prévisible. Nous savons aujourd'hui quels seront les besoins de la population au cours des prochaines années. Il est incroyable de voir des situations comme celle-ci, et c'est totalement inacceptable. Je comprends pourquoi les Canadiens sont autant indignés et portés à dire : « Que le diable emporte vos deux gouvernements, c'est votre travail de réparer les dégâts, faites-le ».*

*J'espère que vous recommanderez au gouvernement fédéral, à l'issue de vos délibérations, d'assurer au moins un financement de base stable pour les dix prochaines années.*

*L'hon. Marc Lalonde (15 : 23-24).*

<sup>24</sup> Le financement fédéral direct désigne les dépenses fédérales directes au titre des soins de santé, soit pour les services de santé dispensés à des groupes particuliers (Autochtones, Forces armées, anciens combattants) et pour la recherche en santé, la promotion de la santé et la protection de la santé.

1997, comme vous le savez, on a modifié la forme de financement qui se fait par le biais d'un transfert fiscal plutôt que par un transfert pécuniaire. Cette formule a ses mérites, mais on a aussi saisi l'occasion pour se fonder non plus sur le coût total des soins de santé de la province, mais plutôt sur le produit intérieur brut. Par la suite, le gouvernement fédéral a décidé unilatéralement d'en tenir de moins en moins compte et, avec le TCSPS, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, les derniers vestiges de cette formule ont disparu. Le transfert est devenu une somme arbitraire déterminée uniquement en fonction des positions politiques et financières du gouvernement fédéral. La pression politique qui s'est exercée depuis a permis le rétablissement d'une part des sommes qui avait été supprimées, mais le principe de l'engagement du fédéral à partager les coûts n'a pas été rétabli, lui. [...]

Pour le meilleur et pour le pire, la prestation des soins de santé relève des provinces. Il y aura collaboration et il pourrait y avoir uniformité à l'échelle du pays avec l'aide du palier fédéral. Toutefois, ce qui importe, ce n'est pas tant par quelle somme d'argent cette aide se traduira, mais plutôt, si on veut planifier la prestation de soins de santé complets et efficaces, la garantie qu'ils seront financés. Le gouvernement doit assurer sa part du financement s'il tient à ce qu'il y ait des programmes nationaux uniformes, et il importe que la part du fédéral soit calculée en fonction des coûts qu'assument les provinces<sup>25</sup>.

La plupart des témoins ont convenu de l'importance de transferts fédéraux stables et prévisibles. Toutefois, Guillaume Bissonnette, directeur général de la Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale, à Finances Canada, a signalé au Comité qu'il fallait trouver un équilibre judicieux entre le concept de la stabilité du financement et les notions d'adéquation, d'abordabilité et de durabilité :

[...] Je dirais que nous essayons de concilier plusieurs notions contradictoires. Nous devons bien entendu, tenir compte de l'importante notion d'abordabilité. Nous devons également tenir compte de la notion qui en est en quelque sorte le corollaire. Combien est suffisant? Nous devons également tenir compte d'une notion dont on parle souvent dans le contexte de l'environnement et qui est également valable dans ce contexte; il s'agit du concept de durabilité dans le temps ou de stabilité.

Ces deux types de concepts sont, bien entendu, contradictoires. On ne peut pas prendre d'engagements en matière de stabilité. Un engagement est très

---

<sup>25</sup> Tom Kent (13:34-35).



sérieux et, lorsque la situation évolue dans le monde — et personne ne peut contrôler ce qui se passe dans le monde —, on constate qu'il n'est plus possible de le tenir. On ne veut pas prendre d'engagements en ce qui concerne la « suffisance », par exemple, pour constater ensuite qu'on n'a pas les moyens de les respecter; cela est valable pour les deux paliers de gouvernement.

Par conséquent, on essaie en quelque sorte de faire un compromis entre toutes ces notions. Nous essayons également, je présume, de tenir compte du fait que d'autres priorités en matière de dépenses ont tout autant d'importance. La santé est importante pour l'avenir du pays mais l'enseignement postsecondaire, la recherche et l'innovation aussi. Ils sont essentiels au développement de notre pays<sup>26</sup>.

Durant les audiences du Comité, les témoins ont présenté des points de vue divergents sur le mécanisme qui servirait à offrir davantage de transferts fédéraux pour les soins de santé et les programmes sociaux. Mme Bégin, par exemple, a suggéré qu'il y ait un programme spécifique pour les soins à domicile et les soins primaires. À son avis, cela devrait être mis en œuvre au moyen d'une nouvelle loi parallèle à la *Loi canadienne sur la santé*<sup>27</sup>.

De son côté, Tom Kent a fait valoir qu'un appui financier distinct ne servirait pas la mise en place d'un système intégré, efficace et coordonné de prestation de soins de santé :

Honnêtement, cela me fait grogner que d'entendre, surtout dans les cercles fédéraux, parler de soutien financier distinct pour les soins à domicile, l'assurance-médicaments ou tout autre sujet qui est le sujet de l'heure. Cela ferait du bruit politiquement, mais cette compartimentalisation des services de soins de santé serait désastreuse. On peut dispenser efficacement des soins de santé de grande qualité en fonction des besoins, mais seulement si, au sein de la collectivité, on sait gérer de façon coordonnée tous les éléments du système de soins de santé. Ce n'est pas en prévoyant des budgets distincts pour chacun de ces éléments qu'on réformera les soins de santé<sup>28</sup>.

L'hon. Claude Castonguay, ministre de la Santé du Québec dans les années 60, reconnu comme le fondateur de l'assurance-santé dans cette province, croit que le gouvernement fédéral ne devrait pas destiner des fonds à des programmes spécifiques de soins primaires et

---

<sup>26</sup> Guillaume Bissonnette (17:12).

<sup>27</sup> L'hon. Monique Bégin (16:5).

de soins à domicile, mais plutôt offrir un financement souple qui permettrait aux provinces d'affecter les sommes selon leurs propres besoins et priorités :

Le gouvernement fédéral [...] a proposé de hausser sa participation financière par le truchement d'un nouveau régime national de soins primaires et de soins à domicile. Les provinces trouvent ce projet à tout le moins inapproprié alors qu'elles sont aux prises avec les multiples problèmes des régimes déjà en place. Elles invoquent avec raison le fait qu'elles connaissent ce qui doit être fait et que ce sont des fonds additionnels dont elles ont le plus besoin. Au lieu du programme qu'il propose, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle tellement plus utile en apportant aux provinces une aide financière de transition. Cette aide aurait pour but de donner aux gouvernements des provinces une marge de manœuvre qui leur permettrait de développer de nouvelles approches et d'apporter à leurs régimes des changements capables de résorber de façon durable la crise actuelle. Au milieu des années 60, le gouvernement fédéral a créé une caisse d'aide à la santé pour permettre à l'ensemble des provinces de mettre en place les ressources et les équipements nécessaires à l'établissement de l'assurance-santé. En s'inspirant de cette initiative fort utile, le gouvernement fédéral pourrait créer une caisse d'aide à la transition pour aider les provinces à apporter les changements nécessaires à leurs régimes respectifs. La création d'une telle caisse, dans laquelle il pourrait verser à tout le moins les sommes qu'il aurait allouées au programme de soins primaires et à domicile, donnerait au gouvernement fédéral un rôle essentiel tout à fait compatible avec sa responsabilité en matière de santé de même que la visibilité qu'il recherche dans ce domaine. Contrairement au programme de soins primaires et de soins à domicile, cette approche comporte l'avantage de ne pas inciter les provinces à hausser de façon permanente le niveau de leurs dépenses en santé alors qu'elles ne sont même pas en mesure de financer adéquatement les régimes en place<sup>29</sup>.

## **1.8 La responsabilité à l'égard des fonds fédéraux liés à la santé**

La question de la responsabilité financière a été évoquée à de nombreuses reprises au cours de nos audiences. On a fait valoir au Comité que la notion de responsabilité financière a considérablement évolué au fil des ans :

---

<sup>28</sup> Tom Kent (13:32).

<sup>29</sup> L'hon. Claude Castonguay, *Notre système de soins de santé – des changements s'imposent*, mémoire présenté au Comité, p. 3-4.

[...] Je pense que la notion de responsabilité financière a évolué. Alors qu'autrefois on essayait de retrouver la trace de la moindre dépense, on a progressivement opté pour une conception plus moderne de la responsabilité financière fondée sur l'évaluation des résultats.

On pourrait retracer l'histoire de ces transferts depuis la Seconde Guerre mondiale. En fait, on n'a jamais cessé d'essayer d'exiger des preuves de dépenses. Quand on suit l'évolution de la notion de responsabilité financière, on constate que, dans les années 40, le gouvernement fédéral faisait littéralement des inspections dans les hôpitaux provinciaux pour vérifier s'ils étaient conformes à des normes précises.

Dans les années 50, on a adopté une formule un peu plus souple, celle du partage des coûts, en vertu de laquelle nous avons convenu de partager les coûts en ce qui concerne un panier bien précis de services médicaux et hospitaliers.

Avec la création du FPE, nous avons modifié, une fois de plus, la notion de responsabilité financière qui cessait dès lors d'être fondée rigoureusement sur l'utilisation des intrants et leur comparaison. Cette nouvelle forme de responsabilité financière, fondée essentiellement sur un transfert global, s'appuyait sur quelques principes généraux; pour le reste, on comptait sur les provinces.

Depuis l'adoption du contrat social cadre, notre conception de la responsabilité financière est nettement plus axée sur les résultats que sur une justification rigoureuse des dépenses.

D'une certaine façon, on s'intéresse davantage aux extrants qu'aux intrants et notre conception de la responsabilité financière a complètement changé<sup>30</sup>.

Il est clair que la notion de responsabilité financière a changé de manière radicale au cours des quarante dernières années. Le virage récent de l'évaluation des intrants à l'évaluation des résultats est particulièrement important. Durant la majeure partie du dernier siècle, l'évaluation de l'assurance-santé était basée sur les intrants. Bien que nous sachions comment les fonds destinés aux soins de santé ont été répartis entre les médecins, les établissements, les lits d'hôpitaux, etc., il est étonnant de constater notre ignorance quant au rendement de

---

<sup>30</sup> Guillaume Bissonnette (17: 11).



ces investissements. Nous devons entreprendre de mesurer la qualité du système de soins de santé par ses résultats et non ses intrants. C'est essentiel pour apprendre à dépenser les fonds gouvernementaux plus judicieusement.

Pour ce faire, nous avons besoin de meilleurs renseignements. Les gouvernements seront alors en mesure de prendre des décisions plus éclairées au sujet de la gestion, de la prestation et du financement des soins de santé.

La communication de meilleurs renseignements permettra aussi de s'assurer que les gouvernements rendent compte aux Canadiens de leur utilisation des fonds destinés aux soins de santé. À la phase deux de la présente étude, le Comité se penchera sur les questions ayant trait à l'information en matière de santé, notamment la prise de décisions fondées sur des données probantes et axées sur les résultats, ainsi que le rôle possible du gouvernement fédéral dans ce domaine.



## CHAPITRE DEUX

### PRINCIPES NATIONAUX CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ ET LA CRÉATION DE LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

---

Le fait que la prestation des soins de santé relève principalement des provinces ne signifie pas l'absence de principes nationaux. Le gouvernement fédéral a toujours associé une série de conditions ou de principes nationaux à sa contribution aux soins de santé, qu'elle soit partagée ou globale.

#### 2.1 Origines de la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957 et la *Loi sur les soins médicaux* de 1966 incluaient expressément quatre conditions explicites visant les régimes provinciaux d'assurance-santé, soit l'universalité, l'administration publique, l'intégralité et la transférabilité. Toutefois, elles ne comportaient aucune disposition précise interdisant aux provinces de demander une contribution financière aux patients. De plus, étant donné que les contributions fédérales, conformément aux accords de partage des coûts, étaient proportionnelles aux dépenses des gouvernements provinciaux, ces derniers n'avaient rien à gagner de la facturation directe des patients; les recettes provenant de ces frais auraient, en fait, entraîné une réduction de la contribution fédérale. Le mécanisme de réduction implicite a par conséquent dissuadé les provinces d'adopter une forme de frais directs aux patients, comme la surfacturation ou les frais modérateurs.

En 1977-1978, lorsque le FPE a remplacé la formule des coûts partagés, les conditions incluses dans deux lois fédérales concernant les services hospitaliers et les soins médicaux ont été conservées. Toutefois, le mécanisme implicite de réduction des contributions fédérales a été éliminé étant donné que le financement fédéral n'était plus lié aux dépenses des gouvernements provinciaux. Michael Bliss, professeur d'histoire à la l'Université de Toronto, a fait remarquer au Comité que la fin des années 70 et le début des années 80 ont été marqués par une tentative de contrôle des coûts des soins de santé par la limitation des



honoraires des médecins et des budgets des hôpitaux. Globalement, ces mesures ont entraîné la prolifération des frais directs au patient :

Le problème du paiement de cette assurance-santé est rapidement devenu le plus grave problème que rencontraient les ministères de la Santé, au niveau provincial et au niveau fédéral. On s'est tout de suite demandé comment contenir ces frais et tout un éventail d'experts et d'économistes en matière de santé ont tout d'un coup essayé de conseiller les assureurs publics quant à la façon de mettre fin à cette escalade des coûts. Nous nous souvenons de l'époque de stagflation des années 70 lorsque les coûts globaux des programmes sociaux canadiens ont commencé à représenter un fardeau terrible pour les gouvernements. [...] ils ont commencé à limiter les ressources des fournisseurs de soins, des hôpitaux et des médecins afin d'essayer de juguler cette escalade des coûts.

Les fournisseurs ont réagi comme on peut s'y attendre dans ces circonstances : ils ont commencé à rechercher des solutions de rechange. Le régime d'assurance-santé de 1968 était un régime pluraliste qui leur donnait la possibilité d'exercer en dehors du système. Ils pouvaient choisir de ne pas y participer; et ils pouvaient demander des honoraires supplémentaires. Il n'est ainsi pas surprenant que dans les années 70, lorsque les gouvernements provinciaux ont commencé à réduire des tarifs d'honoraires médicaux, de plus en plus de médecins aient décidé de sortir du système. À la fin des années 70 et au début des années 80, on a connu un genre de reprivatisation du système de soins de santé. Beaucoup estimaient que le système public était chiche et voulaient travailler dans le secteur privé où ils avaient plus de liberté, une meilleure protection des revenus et plus de possibilités d'innovation.

Au début des années 80, nous constatons partout au pays de gros problèmes en ce qui concerne l'assurance-santé. Tellement de spécialistes avaient décidé de ne plus y participer, dans de grandes régions du pays, qu'il était impossible d'avoir accès à certains spécialistes tout en étant couvert par l'assurance-santé. C'était particulièrement vrai en obstétrique et gynécologie. La question d'accessibilité est devenue très importante<sup>31</sup>.

En particulier, les honoraires supplémentaires demandés par les médecins étaient autorisés au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta. En outre, des frais modérateurs ont été imputés dans des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, du Québec, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

---

<sup>31</sup> Michael Bliss (13:37-38).

En 1980, dans le cadre d'examen des services de santé, le juge Hall indiquait que les soins de santé au Canada se classaient parmi les meilleurs du monde, mais soulignait toutefois que les frais directs aux patients constituaient une menace au principe d'accès gratuit et universel aux soins de santé partout au pays. En réponse à ces préoccupations, le Parlement a adopté à l'unanimité la *Loi canadienne sur la santé* en 1984. Abby Hoffman a mentionné au Comité que la nouvelle loi combinait et actualisait les conditions énoncées dans les deux lois fédérales de 1957 et 1966 et qu'elle ajoutait l'accessibilité comme cinquième critère. En outre, des restrictions précises ont été ajoutées pour dissuader toute forme de frais directs aux patients et pour donner aux résidents de toutes les provinces l'accès aux soins de santé, peu importe leur capacité de payer :

*Le gouvernement a fini par déposer et adopter à l'unanimité la Loi canadienne sur la santé, pour régler un problème qui découle, à mon avis, du FPE..*

*L'hon. Monique Bégin (16:3).*

Plusieurs dispositions importantes de la *Loi canadienne sur la santé* méritent d'être soulignées, notamment le principe de l'universalité pour les services hospitaliers et médicaux ainsi que le renforcement des principes de transférabilité, d'intégralité et de administration publique. Un cinquième critère, l'accessibilité, a été ajouté. Autrement dit, il faut permettre un accès raisonnable aux services assurés et médicaments nécessaires, à des conditions uniformes. De plus, et c'est peut-être le plus important, on a cherché à dissuader le ticket modérateur et la surfacturation. La *Loi canadienne sur la santé* prévoyait que toute province qui autorisait l'imposition d'un ticket modérateur ou une surfacturation pour les services assurés se verrait déduire un montant équivalent de ses paiements de transfert<sup>32</sup>.

Selon Marc Lalonde, la *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée en réponse à l'érosion du régime public d'assurance-santé. Elle ne visait pas à accroître la visibilité perdue par le fédéral dans ce secteur en raison de l'arrivée du financement global du FPE :

Pour ce qui est de la loi de 1984, je ne pense pas qu'il se soit agi en rien de récupérer notre visibilité. Elle procédait de la crainte sincère d'une érosion des éléments fondamentaux de l'assurance-santé, par des moyens détournés. Un peu partout nous voyions apparaître la surfacturation et des redevances supplémentaires pour les soins hospitaliers, et il était impératif que le gouvernement fédéral réaffirme les principes fondamentaux inscrits dans la première loi et mette en place des régimes obligeant les provinces à mieux

---

<sup>32</sup> Abby Hoffman (13:11).

rendre compte, au public en général et au gouvernement fédéral, de l'usage qu'elle [faisait] des fonds fédéraux.

Si vous cherchez l'explication de la loi de 1984, elle ne réside pas dans une volonté du gouvernement fédéral de récupérer un peu de la visibilité qu'il a perdue. Il fallait impérativement une loi fédérale pour réaffirmer les principes fondamentaux auxquels le Parlement fédéral était unanimement attaché. Il commençait à y avoir une érosion de ces principes qui, si on ne l'enrayait pas, aurait pu entraîner le démantèlement de tout le système national tel que nous le connaissions<sup>33</sup>.

Essentiellement, M. Lalonde a réitéré que le principal objectif de l'assurance-santé consistait, comme l'a mentionné Tom Kent, à éliminer les barrières financières limitant l'accès aux soins de santé :

La politique de l'assurance-santé visait tout simplement à [...] faire en sorte que les gens puissent obtenir des soins médicaux lorsqu'ils en avaient besoin, sans égard à quelque autre considération que ce soit<sup>34</sup>.

## **2.2 Définition/interprétation des principes nationaux et de leur application**

La *Loi canadienne sur la santé* établit cinq critères principaux ou « principes nationaux » : universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et administration publique. Le tableau 2.1 détaille chacun de ces critères.

Dans son témoignage, Abby Hoffman a donné une description des services de santé visés ou non visés par *Loi canadienne sur la santé*. Elle fait une distinction entre les cinq catégories de services :

- les services assurés;
- les services complémentaires de santé;
- les services additionnels;

---

<sup>33</sup> L'hon. Marc Lalonde (15:11).

<sup>34</sup> Tom Kent (13:30).



- les services non assurés;
- les services désassurés.

## TABLEAU 2.1

### LES CINQ CRITÈRES DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

**Administration publique** : Le régime public d'assurance santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique qui relève du gouvernement provincial.

**Intégralité** : Le régime provincial d'assurance santé doit couvrir tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux et les médecins.

**Universalité** : Tous les résidents assurés d'une province ont droit aux services de santé assurés dispensés dans le cadre du régime.

**Accessibilité** : Prévoir un accès satisfaisant des résidents, sans obstacles financiers ou autres, aux services des hôpitaux et des médecins; prévoir une rémunération raisonnable des médecins et le versement de montants raisonnables aux hôpitaux.

**Transférabilité** : La couverture du régime public d'assurance-santé demeure inchangée lorsqu'un résident déménage ou voyage au Canada ou voyage à l'extérieur du pays (la couverture à l'étranger se limite à celle de la province où réside l'individu).

*Source : Santé Canada, Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé – 1998-1999, Ottawa, 1999, p. 2-3. Ce document est accessible sur le site Internet de Santé Canada, à <http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/download.htm>.*

Le tableau 2.2 présente des exemples pour chaque catégorie de services de santé et indique s'ils sont régis ou non par les cinq conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. De toute évidence, la loi fédérale est très limitée. Elle est centrée sur les services médicalement nécessaires dispensés par les hôpitaux et les médecins.

L'application de la *Loi* est limitée au point que les provinces ne sont pas tenues d'assurer des services de promotion/prévention en santé ou des services non hospitaliers de base faisant appel à des professionnels de la santé comme les chiropraticiens, les physiothérapeutes ou les psychologues. Les principes nationaux ne s'appliquent pas aux services complémentaires de santé (foyers de soins infirmiers, soins aux adultes en établissement, soins à domicile et soins

ambulatoires). Bien que certaines provinces dispensent certains de ces services additionnels, les Canadiens n'y ont pas un accès universel et égal.

**TABLEAU 2.2**  
**CATÉGORIES DE SERVICES DE SANTÉ**

Type de services	Exemples de services	Cinq critères de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	Dispositions visant les frais modérateurs et la surfacturation
<b>Services assurés</b>	Tous les services de santé fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes, qui sont médicalement nécessaires.	S'appliquent	S'appliquent
<b>Services complémentaires de santé</b>	Soins de longue durée et certains aspects des Soins en résidence pour adultes et des soins ambulatoires	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas
<b>Services additionnels</b>	Programmes de médicaments sur ordonnance, services de chiropractie, de physiothérapie, services dentaires	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas
<b>Services non assurés</b>	Chirurgie plastique, conseils donnés au téléphone par un médecin	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas
<b>Services désassurés</b>	Ablation d'une verrue ou l'extraction d'une dent de sagesse	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas

*Source : Abby Hoffman (13:11-12).*

De plus, la *Loi canadienne sur la santé* s'applique à un nombre de plus en plus limité de services, car on dispense maintenant moins de services à l'hôpital. Grâce aux nouvelles technologies, les services de santé peuvent être dispensés en clinique externe ou à domicile. Les séjours dans les hôpitaux sont plus courts, et les médicaments permettent parfois d'éviter une chirurgie. Toutefois, lorsque les services et les médicaments sur ordonnance sont fournis à l'extérieur de l'hôpital, ils ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. En conséquence, ils ne sont pas nécessairement dispensés gratuitement aux patients ni nécessairement fournis conformément aux principes d'accessibilité, d'intégralité et d'universalité.

Au fil des années, les provinces ont élargi la gamme des services admissibles au financement gouvernemental, en entier ou en partie. Ces services comprennent, par exemple, les soins dentaires, les soins de la vue et les médicaments sur ordonnance fournis à certains groupes de la population dans quelques provinces, ainsi que certains soins communautaires et soins à domicile. Encore une fois, ces services ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Par conséquent, la gamme des services de santé financés par le gouvernement varie énormément d'une province à l'autre. Abby Hoffman a mentionné au Comité que notre système de soins de santé, dans son ensemble, est de moins en moins uniforme :

C'est une bonne chose que les provinces aient choisi d'élargir la gamme de services. Le problème c'est qu'elles ne l'ont pas fait de façon uniforme et que nous nous retrouvons maintenant avec un régime fragmenté, un ensemble de mesures disparates dans tout le pays<sup>35</sup>.

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* ait réussi à uniformiser le financement public des services des hôpitaux et des médecins dans l'ensemble du pays, il est clair que sa portée limitée a entraîné un manque d'uniformité dans le financement public de l'éventail beaucoup plus vaste de services que les Canadiens aimeraient recevoir, selon toute probabilité, du système de santé public.

## **2.3 Application des sanctions en vertu de la *Loi canadienne sur la santé***

Les provinces doivent se conformer aux cinq conditions de la *Loi canadienne sur la santé* pour être admissibles au plein montant du financement fédéral. Si elles n'y satisfont pas, l'alinéa 15(1)*a*) de la *Loi* prévoit une sanction qui peut s'appliquer à la portion monétaire des transferts fédéraux. Le gouverneur en conseil établit le montant de cette sanction financière selon la « gravité » du manquement. Les articles 18 à 21 de la *Loi*, qui énoncent les sanctions liées à la surfacturation et aux frais modérateurs, stipulent que le gouvernement fédéral peut retenir un dollar de transferts pour chaque dollar imputé sous forme de frais directs aux patients.

---

<sup>35</sup> Abby Hoffman (13:25).



Entre 1984-1985 et 1991-1992, les sanctions pour non-conformité à la *Loi canadienne sur la santé* ont été appliquées à la portion des transferts du FPE réservés aux soins de santé. Puis, de 1991-1992 à 1995-1996, elles ont été étendues aux autres paiements de transfert parce que le gouvernement fédéral continuait de limiter la croissance des transferts du FPE et son incidence sur les transferts de fonds. On a estimé que la portion des transferts du FPE réservée aux soins de santé dans certaines provinces aurait été nulle en l'an 2000. Sans les transferts de fonds, le gouvernement fédéral n'aurait pas le pouvoir d'appliquer les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Les retenues ou déductions supplémentaires n'étaient pas stipulées dans la Loi, mais elles étaient expressément stipulées dans la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* (paragraphe 23.2(1), 23.2(2) et 23.2(3)). Depuis 1996-1997, les sanctions prescrites dans la *Loi canadienne sur la santé* s'appliquent au volet monétaire du TCSPS.

L'information fournie par Santé Canada<sup>36</sup> indique qu'à trois occasions, le gouvernement fédéral a eu recours à des sanctions financières et a réduit ses contributions à certaines provinces qui autorisaient la surfacturation ou imposaient des frais modérateurs. D'abord, il a déduit plus de 246 732 000 dollars des transferts de fonds du FPE à toutes les provinces de 1984-1985 à 1986-1987. Toutefois, il s'est également conformé au paragraphe 20(6) de la *Loi*, en vertu duquel une province pouvait recouvrer ces fonds si elle cessait d'exiger toute forme de frais directs aux patients au cours des trois années suivant l'entrée en vigueur de la *Loi*, c'est-à-dire avant le 1<sup>er</sup> avril 1987. Comme toutes les provinces se sont conformées à la *Loi* dans ce délai, les montants retenus ont été remboursés en totalité.

Ensuite, de 1992-1993 à 1995-1996, le gouvernement fédéral a retenu quelque 2 025 000 dollars en transferts du FPE à la Colombie-Britannique parce que certains médecins de cette province ne participaient pas au régime d'assurance-santé de la province et avaient recours à la surfacturation.

Enfin, depuis 1995-1996, le gouvernement fédéral a imposé des sanctions financières aux provinces qui permettaient aux cliniques privées d'exiger aux patients des frais

d'établissement pour les services médicaux, ayant déterminé que ces frais constituaient des frais modérateurs. Ces sanctions ont été appliquées à quatre provinces. Lorsque les déductions des transferts à l'Alberta ont pris fin en juillet 1996, 3 585 000 dollars au total avaient été déduits des transferts à cette province (voir tableau 2.3). De même, 323 000 dollars ont été déduits des transferts à Terre-Neuve, qui a commencé à se conformer à la *Loi* en janvier 1998. Les sanctions imposées au Manitoba (2 056 000 dollars au total) ont pris fin le 1<sup>er</sup> février 1999. La Nouvelle-Écosse ne se conforme toujours pas à la *Loi canadienne sur la santé* et se voit imposer des sanctions de l'ordre de 4 780 dollars par mois (au total, 247 750 dollars ont été déduits des transferts à cette province, entre octobre 1996 et janvier 2000).

**TABLEAU 2.3**  
**DÉDUCTIONS PAR PROVINCE EN VERTU DE LA LOI**  
**CANADIENNE SUR LA SANTÉ**  
**(en milliers de dollars)**

	1992- 1993	1993- 1994	1994- 1995	1995- 1996	1996- 1997	1997- 1998	1998- 1999	1999- 2000*
Alberta				2 319	1 266			
Colombie-Britannique	83	1 223	676	43				
Île-du-Prince-Édouard								
Manitoba				269	588	587	612	
Nouveau-Brunswick								
Nouvelle-Écosse				32	72	57	39	47,8
Ontario								
Québec								
Saskatchewan								
Terre-Neuve				46	96	128	53	
<b>Total Canada</b>	<b>83</b>	<b>1 223</b>	<b>676</b>	<b>2 709</b>	<b>2 022</b>	<b>772</b>	<b>704</b>	<b>47,8</b>

\* Jusqu'à janvier 2000.

Source : Santé Canada, *Deductions by Province Since Passage of the Canada Health Act*, document d'information préparé pour le Comité, section 8, 10 février 2000.

L'hon. Monique Bégin, ancienne ministre de la Santé qui a déposé la *Loi canadienne sur la santé*, a mentionné que, jusqu'à maintenant, aucune sanction discrétionnaire pour non-conformité aux cinq principes de la *Loi* n'a jamais été imposée, malgré certaines plaintes concernant la transférabilité, l'intégralité et l'accessibilité.

---

<sup>36</sup> Santé Canada, *History of Dispute Resolution under the Canada Health Act*, Document d'information préparé pour le Comité, section 6, 9 février 2000.

## 2.4 La *Loi canadienne sur la santé* est-elle encore pertinente?

Quelques témoins ont discuté de la pertinence de la *Loi canadienne sur la santé*. Certains d'entre eux estimaient que la *Loi* devait demeurer inchangée. Par exemple, l'hon. Marc Lalonde a déclaré :

Beaucoup de gens reprochent à la *Loi canadienne sur la santé* des choses qu'elle n'était pas censée faire. La *Loi* n'introduit pas de rigidité. Les cinq critères existaient auparavant. La *Loi canadienne sur la santé* introduit des définitions plus claires, par le biais du règlement ou d'autres façons, pour donner un contenu à ces règles. En ce sens, il y a peut-être un peu de rigidité. Mais je n'hésite pas à dire que le Parlement fédéral doit conserver les cinq critères qu'il a adoptés par le passé. À mon avis, ils restent aussi valides que jamais<sup>37</sup>.

L'hon. Monique Bégin a mentionné que la *Loi* était très importante pour les Canadiens et qu'elle ne devait pas être remaniée :

La *Loi canadienne sur la santé* s'est animée d'une vie qui lui est propre. Elle jouit maintenant du prestige d'une icône. C'est pourquoi je pense personnellement qu'aucun politicien ne peut rouvrir la *Loi canadienne sur la santé*, ni même l'améliorer, parce que cela déstabiliserait trop la population<sup>38</sup>.

Toutefois, Mme Bégin a suggéré qu'une nouvelle loi similaire à la *Loi canadienne sur la santé* soit établie pour régir l'utilisation des nouveaux transferts fédéraux. Cette nouvelle loi pourrait inclure des conditions additionnelles, comme la reddition de comptes et la viabilité.

Par contre, d'autres ont soutenu que la *Loi* devrait être révisée. L'hon. Claude Castonguay a souligné que le nouveau régime d'assurance pour les médicaments sur ordonnance mis en place par le gouvernement du Québec en 1996 ne serait pas admissible au financement fédéral en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* parce qu'il comprend des composantes du secteur privé et du secteur public. Même si tous les citoyens sont couverts, les prestataires doivent payer une prime et une partie du coût de leurs médicaments.

---

<sup>37</sup> L'hon. Marc Lalonde (15:21).

<sup>38</sup> L'hon. Monique Bégin (16:5).



## 2.5 Commentaires du Comité

Dans la présente section, le Comité désire exposer ses réflexions sur les principes nationaux qui sous-tendent le système de soins de santé canadien et ses questions à leur sujet.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, Tom Kent a souligné que l'objectif stratégique original du régime public d'assurance-santé consistait à veiller à ce que tous les Canadiens, peu importe leur situation financière ou leur lieu de résidence au Canada, aient accès à tous les services médicalement nécessaires. Nous croyons que cet objectif explique quatre des principes de la *Loi canadienne sur la santé* :

- Le principe d'universalité, qui prévoit que les services de santé doivent être accessibles à tous les Canadiens;
- Le principe de transférabilité, qui prévoit que tous les Canadiens sont couverts, même lorsqu'ils se déplacent d'une province à l'autre;
- Le principe d'intégralité, qui garantit que tous les services médicalement nécessaires sont couverts par l'assurance-santé publique;
- Le principe d'accessibilité, qui prévoit l'élimination de barrières à la prestation des soins de santé, comme les frais modérateurs, afin que les services soient accessibles à tous les Canadiens peu importe leur revenu.

Les quatre principes ci-dessus sont tous axés sur les Canadiens en tant qu'individus. Ils sont axés sur le patient, ce qui est conforme à l'objectif stratégique original du régime d'assurance-santé du Canada. Cependant, ce qui était à l'origine, il y a plus de trente-cinq ans, un régime national de soins de santé ayant le patient pour pivot est devenu un système national bien plus restreint, centré davantage sur le mécanisme de prestation (hôpitaux et médecins) que sur la totalité des besoins du patient en matière de santé. La vaste majorité des commentaires des autorités publiques sur le sujet passent sous silence cette distinction, bien que celle-ci soit fondamentale pour la conception des futures politiques publiques dans le domaine.

Qui plus est, le dernier principe de la *Loi canadienne sur la santé*, le principe d'administration publique, est d'une toute autre nature. Il ne met pas l'accent sur le patient, mais plutôt sur les moyens de réaliser les objectifs visés par les quatre autres principes. À notre avis, cette distinction entre finalités et moyens explique une bonne partie du débat actuel entourant la

*Loi canadienne sur la santé* et le système de soins de santé canadien. Les gens qui sont tout à fait d'accord avec les objectifs d'une politique gouvernementale peuvent néanmoins être en profond désaccord quant aux moyens utilisés pour réaliser ces objectifs.

Le récent débat concernant le projet de loi 11 de l'Alberta illustre bien cette situation. Cette loi permet aux établissements de santé privés et à but lucratif d'entrer en concurrence avec les hôpitaux financés par l'État pour certaines interventions chirurgicales mineures. Le gouvernement de l'Alberta est d'avis que la sous-traitance de services à ces établissements peut en améliorer l'accès, réduire les listes d'attente et les délais et augmenter l'efficacité des services en réduisant la demande touchant les hôpitaux financés par l'État. Les opposants à cette loi croient que ces objectifs seraient mieux réalisés par l'augmentation du niveau de financement des hôpitaux publics.

À la phase trois de l'étude, le Comité examinera les moyens que les autres pays ont utilisés pour atteindre les objectifs de la couverture universelle et intégrale des soins de santé. Cette démarche servira à mieux comprendre le système canadien de soins de santé et à évaluer les options pour bâtir un système durable.

Les principes d'intégralité et d'accessibilité sont interreliés. En effet, ils concernent l'essence des questions cruciales de déterminer quels services « médicalement nécessaires » sont couverts par l'assurance-santé publique et comment ces services doivent être payés. Ces questions ouvrent le débat sur la rentabilité et la viabilité.

Déterminer quels services doivent être considérés comme « médicalement nécessaires » constitue une tâche difficile. La plupart des Canadiens conviendraient que les traitements cardiaques assurant la survie du patient sont médicalement nécessaires. La plupart des Canadiens conviendraient également que, le plus souvent, la chirurgie plastique n'est pas médicalement nécessaire. La difficulté réside plutôt dans les services qui se situent entre ces deux extrêmes. Par exemple, presque tout le monde considère les médicaments essentiels au maintien de la vie comme étant « médicalement nécessaires », même s'ils ne sont pas administrés par un hôpital et donc ne répondent pas au critère de la nécessité médicale prévu

par la *Loi canadienne sur la santé*. Il n'en demeure pas moins que beaucoup de Canadiens ont malheureusement de la difficulté à s'acheter chaque mois les médicaments jugés « médicalement nécessaires » qu'on leur prescrit.

Évidemment, plus on inclut de services dans la définition de « médicalement nécessaire », plus le système de soins de santé devient coûteux. Pourtant, à mesure qu'apparaissent des services et produits « médicalement nécessaires » fournis hors du cadre traditionnel de l'hôpital, il devient de plus en plus manifeste qu'il faut élargir la définition de la nécessité médicale si le Canada désire demeurer fidèle à l'esprit de la *Loi canadienne sur la santé*. Une telle démarche soulève cependant la question du paiement des services et de la prévention de coûts exorbitants.

Par exemple, des frais modérateurs modestes pourraient-ils constituer un moyen efficace de réduire l'utilisation superflue du système de soins de santé, comme certaines personnes l'ont proposé? Ou bien les frais modérateurs auraient-ils une incidence démesurément négative sur les patients à faible revenu, les empêchant de demander les services dont ils ont vraiment besoin (ce qui violerait le principe d'accessibilité)? Ou encore, les Canadiens ayant un revenu élevé devraient-ils payer une partie des coûts des soins qu'ils occasionnent au système grâce, par exemple, à une certaine forme de majoration de l'impôt sur le revenu?

Tom Kent a indiqué au Comité qu'il s'agissait en fait de la vision originale de l'assurance-santé adoptée par le Parti libéral :

Si l'on considère l'histoire, lorsque le rassemblement libéral de 1961 a tellement engagé le Parti libéral dans le sens d'un système de soins de santé public, c'était à une condition. Que les coûts que devait ainsi encourir un citoyen dans le régime fiscal lui seraient imputés directement. La valeur des services obtenus grâce à l'assurance-santé publique entrerait dans la déclaration aux fins d'impôt, dans certaines limites, de sorte que cela ne deviendrait jamais trop pour un particulier ou une famille et que les gens qui payaient peu ou pas d'impôts n'auraient rien à payer pour les services de



santé qu'ils recevaient mais que ceux qui avaient un revenu relativement important, payaient de lourds impôts, paieraient quelque chose<sup>39</sup>.

Si cette méthode de financement était éventuellement utilisée, les Canadiens devraient-ils pouvoir acheter une assurance privée pour couvrir les coûts éventuels? La question se pose.

Un grand problème de l'assurance-santé est que les principes économiques classiques ne s'y appliquent pas parfaitement. Parce que la plupart des factures sont remboursées par l'assurance, les gens se préoccupent peu du coût des soins. De plus, ils n'ont aucun moyen d'évaluer la qualité des services qu'ils reçoivent. Par dessus tout, pour la plupart, la santé n'a pas de prix; ils veulent obtenir les meilleures techniques et actes médicaux à n'importe quel prix, ce qui crée un casse-tête pour les dirigeants politiques. D'une part, les électeurs n'accepteront pas le rationnement des services. D'autre part, ni les politiciens ni leurs électeurs ne veulent payer les impôts plus élevés qu'exigent des services illimités.

La détermination précise des services qui doivent être couverts par le gouvernement et de ceux qui doivent être payés par les individus, partiellement ou en totalité, directement ou au moyen d'une assurance privée, nécessite une discussion en profondeur. Bien que les questions cruciales soient difficiles et que le simple fait de les poser suscite l'inquiétude chez certains Canadiens, elles doivent néanmoins faire l'objet d'un débat public sérieux. Le Comité, par le biais des rapports qui découleront de la présente étude, espère servir de tribune pour ce débat.

Il n'est désormais plus possible pour les Canadiens de faire abstraction des questions de savoir quels services doivent être couverts par leur régime d'assurance-santé et comment ces services doivent être payés, en invoquant simplement les principes louables de l'intégralité et de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces termes, même s'ils représentent des principes très importants pour tous les Canadiens, ne suffisent désormais plus pour permettre au gouvernement et aux Canadiens d'éviter les décisions pratiques qui doivent être prises en ce qui concerne notre système de soins de santé. Dans les parties suivantes de son

---

<sup>39</sup> Tom Kent (13:40).

étude, le Comité décrira les options pour régler ces questions et pour examiner les opinions et les attentes des Canadiens concernant leur système de soins de santé.





## CHAPITRE TROIS

### ATTENTES DE LA POPULATION À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

---

Pour de nombreux Canadiens, le système de soins de santé est l'une des caractéristiques qui définit le pays dans lequel ils vivent et qui symbolise les valeurs sociétales qui y sont privilégiées. Ils chérissent leur régime public d'assurance-santé pour ce qu'il est et pour les valeurs qu'il représente : risque partagé, compassion, équité et responsabilité commune. Toutefois, un nombre croissant de Canadiens craignent que leur système de soins

*Il y a un certain lien entre l'universalité du système de soins de santé et les valeurs canadiennes fortes que sont l'égalitarisme et la générosité....  
Notre système de soins de santé est un puissant symbole des valeurs de notre société.*

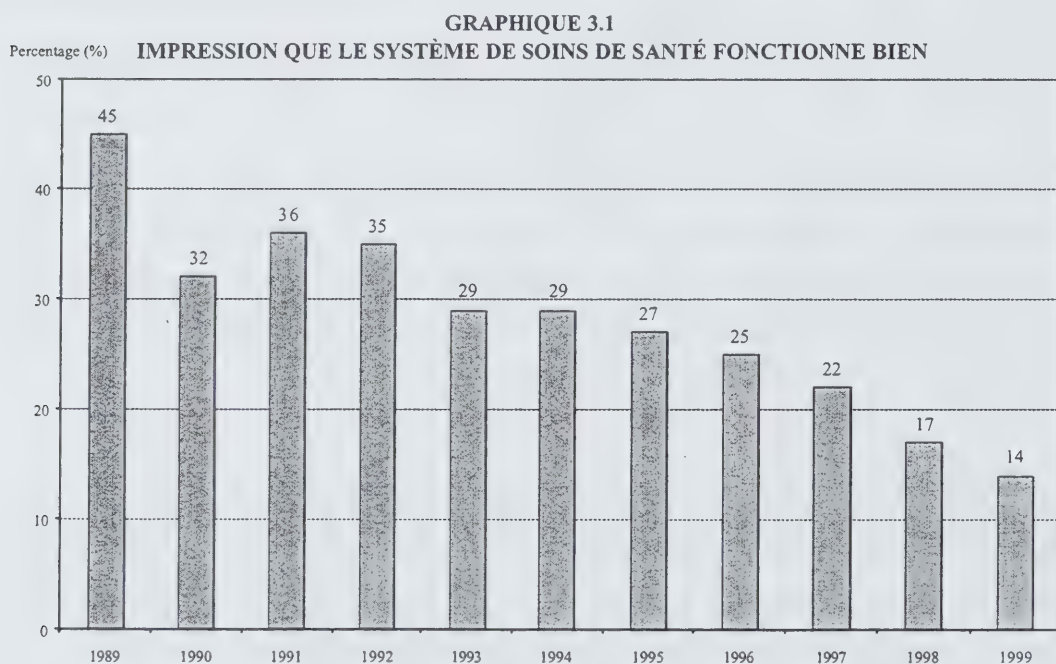
*Chris Baker, v.-p., Environics Research Group  
(9:30 et 9:33).*

de santé perdent ces qualités. En effet, nombre d'entre eux croient que le système de soins de santé au Canada n'est plus aussi bon qu'il l'était en raison de la réduction des dépenses gouvernementales dans le domaine des soins de santé, des listes d'attente plus longues pour une consultation médicale et une intervention, et du départ d'un certain nombre de médecins et d'infirmières pour les États-Unis. Ils s'attendent également à ce que les coûts liés aux soins de santé continuent d'augmenter, en particulier en ce qui a trait aux médicaments délivrés sur ordonnance et aux nouvelles technologies médicales.

Pour concevoir des politiques qui tiennent compte des valeurs et des perceptions de la population, il est crucial de chercher à comprendre ces dernières. C'est pourquoi le Comité a invité des sondeurs canadiens à fournir plus d'information sur les attitudes passées et présentes du public, ainsi que sur ses attentes, à l'égard du système de soins de santé. Nous reconnaissons que divers sondages et enquêtes ont posé différentes questions et employé différentes techniques et que, en conséquence, les résultats ne sont peut-être pas directement comparables. Il est intéressant de noter, cependant, que nous trouvons une grande cohérence et des tendances similaires à long terme dans les résultats des sondages présentés au Comité.

### 3.1 Les soins de santé soulèvent d'importantes préoccupations à l'égard de la politique gouvernementale

La confiance que les Canadiens accordent à leur système de soins de santé a chuté d'une façon significative au cours de la dernière décennie. Selon un sondage réalisé par Goldfarb Consultants, 45 % des Canadiens estimaient, en 1989, que leur système de soins de santé fonctionnait bien, contre seulement 14 % en 1999 (voir graphique 3.1). De même, le sondage effectué par Environics suggère que le niveau de satisfaction des Canadiens à l'égard du système de soins de santé a diminué énormément pendant les années 90. En fait, on s'entend de plus en plus pour dire que notre système de soins de santé éprouve des difficultés.



Source : Goldfarb Consultants, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 6.

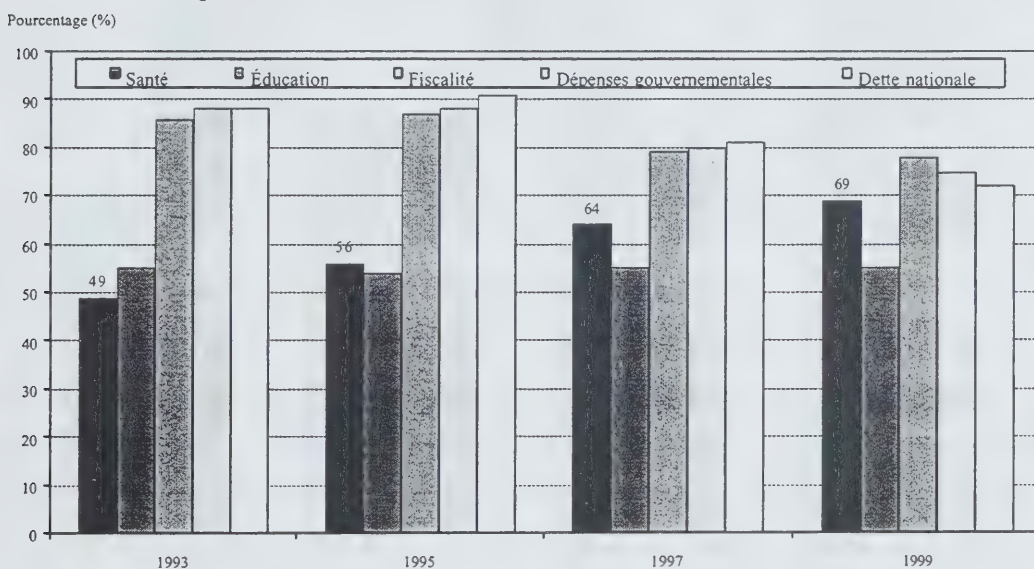
Au regard de la politique gouvernementale, les données tirées du sondage de Goldfarb indiquent que les Canadiens sont de plus en plus préoccupés par les soins de santé (voir

*La fiscalité et l'endettement n'ont pas totalement disparu de la liste des préoccupations, ce sont des sujets qui sont encore bien présents à l'esprit de la population, mais la santé devient une préoccupation primordiale.*

*Scott Evans, consultant principal en statistique,  
Goldfarb (9:36)*

graphique 3.2). Au début des années 90, les Canadiens étaient surtout préoccupés par les dépenses gouvernementales, la dette et les impôts. Bien que la fiscalité soit demeurée une préoccupation majeure en matière de politique gouvernementale en 1999, les soins de santé étaient perçus comme l'un des problèmes les plus importants auquel fait face le Canada. À cet égard, on constate cependant des écarts sur le plan démographique. Par exemple, en 1999, les femmes étaient davantage préoccupées par les soins de santé, tandis que les hommes l'étaient davantage par la fiscalité. De même, les Canadiens âgés se disaient plus préoccupés par la situation du système de soins de santé que ce n'était le cas pour les jeunes.

**GRAPHIQUE 3.2**  
**POLITIQUE GOUVERNEMENTALE : ÉVOLUTION DES PRÉOCCUPATIONS**



Source : Goldfarb Consultants, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 13.

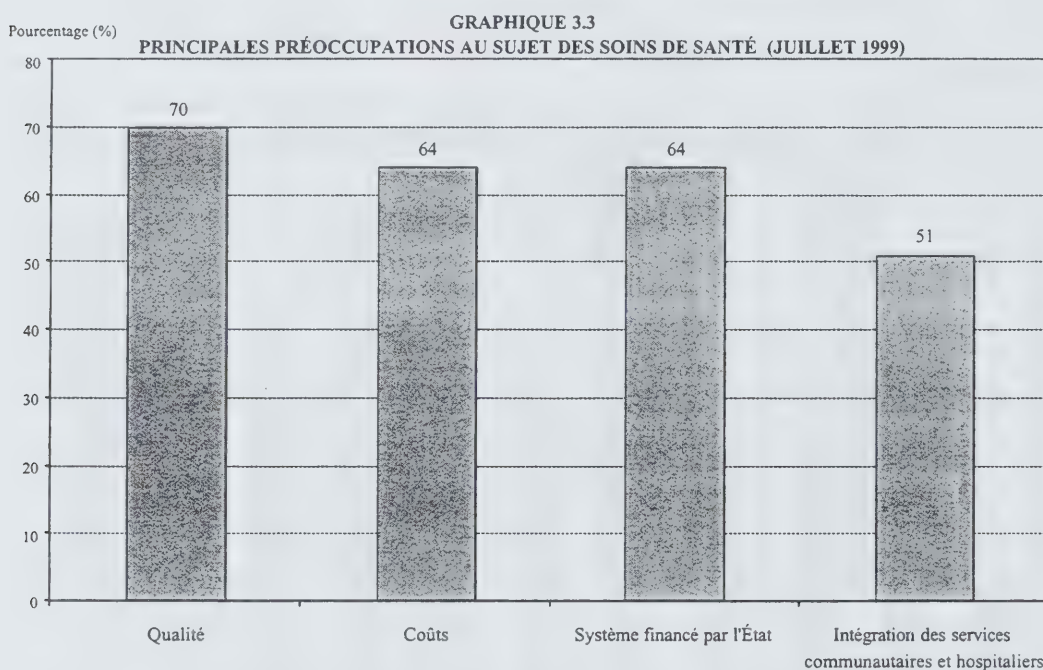
### **3.2 Les Canadiens sont préoccupés par la qualité, l'accessibilité et l'universalité des soins de santé**

Selon le sondage réalisé par Environics, la qualité semble être le facteur de préoccupation le plus important. Environ 70 % des Canadiens se disaient très préoccupés par la qualité des soins de santé en 1999 (voir graphique 3.3). Les coûts liés aux soins de santé et le maintien d'un système de soins de santé subventionné par l'État étaient tous les deux perçus comme



des facteurs très importants mais secondaires (64 %). Environ 51 % des Canadiens déclaraient être très préoccupés par l'intégration des services communautaires et hospitaliers. Pendant les audiences, on a fait observer que les coûts et l'aide gouvernementale accordée au système de soins de santé suscitent moins d'inquiétudes depuis 1994, mais que la qualité des soins de santé est demeurée un sujet d'inquiétude important<sup>40</sup>.

En outre, Chris Baker a expliqué qu'il existe dans l'esprit des Canadiens un lien très étroit entre la qualité et l'accessibilité des soins (voir graphique 3.4). À son avis, la population



Source : Environics Research Group, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 23.

canadienne s'opposerait fortement à toute mesure qui aurait pour effet de restreindre l'accès aux soins de santé<sup>41</sup>.

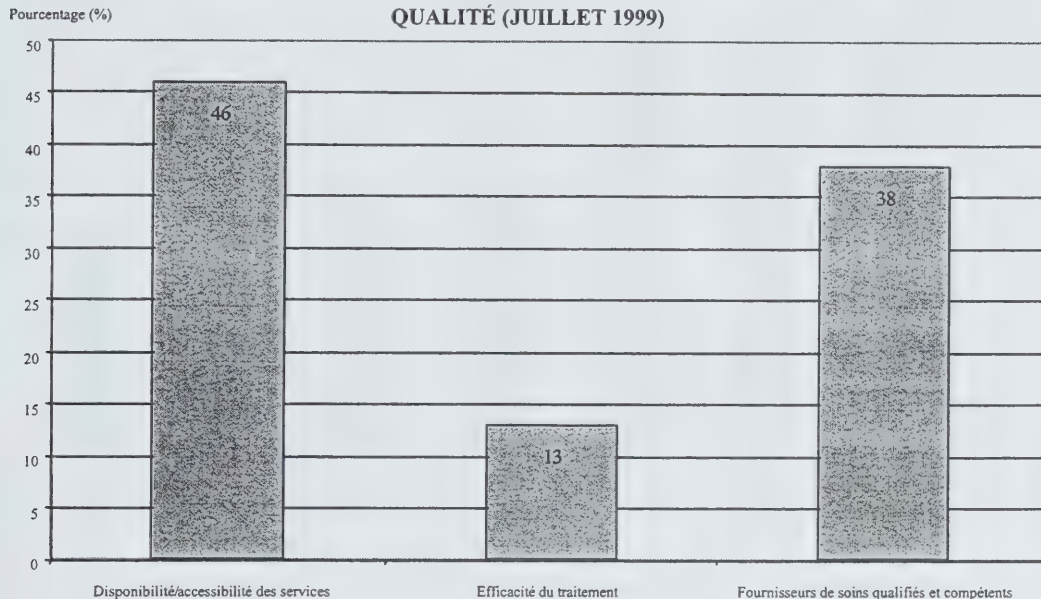
*L'accès aux soins de santé et la disponibilité de ces soins sont les principaux domaines de préoccupation, et les Canadiens s'opposeront énergiquement à toute mesure visant à limiter cet accès.*

*Chris Baker, v.-p., Environics Research Group (9 :33)*

<sup>40</sup> Chris Baker (9:31-32).

<sup>41</sup> Chris Baker (9:32).

**GRAPHIQUE 3.4**  
**ASPECT QUI DÉFINIT LE MIEUX UN SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DE**  
**QUALITÉ (JUILLET 1999)**

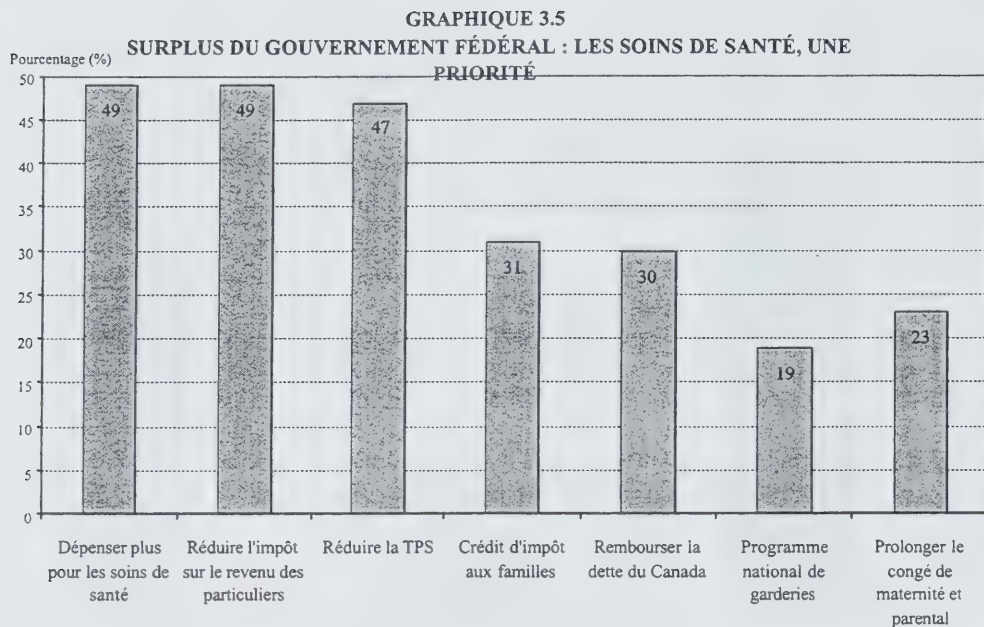


Source : Environics Research Group, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 26.

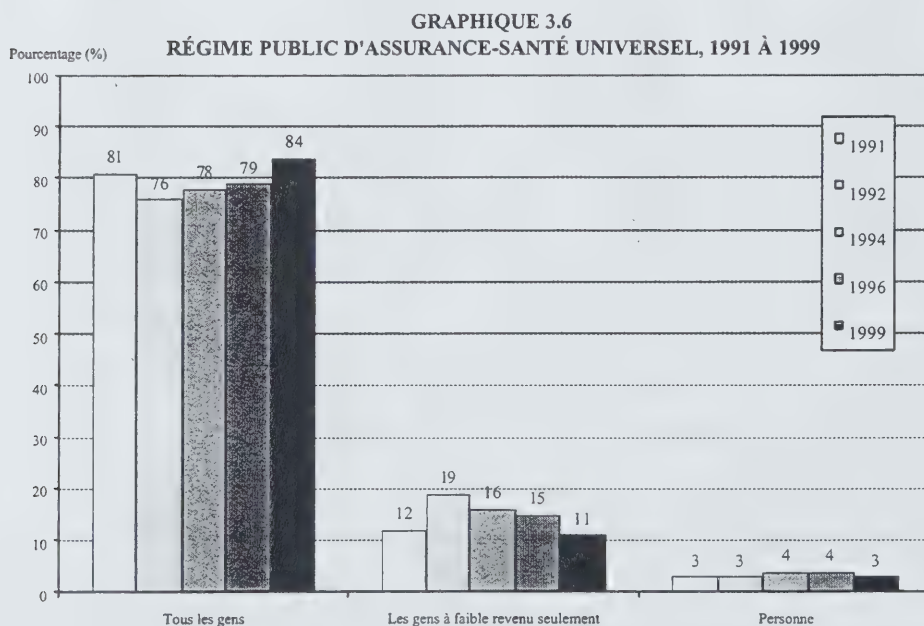
### 3.3 Les soins de santé constituent une priorité

L'une des questions posées dans le cadre du sondage réalisé par Goldfarb en 1999 portait sur l'utilisation la plus souhaitable de l'excédent budgétaire fédéral. Bien que les Canadiens attachent beaucoup d'importance à la réduction de l'impôt sur le revenu des particuliers, le réinvestissement dans les soins de santé est tout aussi impératif (graphique 3.5). Pour les Canadiens, l'universalité est une valeur fondamentale. En fait, le taux d'appui à un régime d'assurance-santé universel, accessible à tous, peu importe la situation économique des gens, est passé de 81 % à 84 % entre 1991 et 1999 (graphique 3.6).

Lorsque l'on questionne les Canadiens sur les priorités en matière de dépenses de santé, ils affichent une préférence marquée pour l'infrastructure concrète et les activités de recherche. Les activités communautaires sont jugées secondaires, et les activités perçues comme éloignées des soins de première ligne sont jugées les moins prioritaires au regard d'un nouveau financement des soins de santé.



Source : Goldfarb Consultants, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 22.



Source : Environics Research Group, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 27.



Quelque 78 % des Canadiens considèrent que le maintien des lits d'hôpitaux est hautement prioritaire, suivi du financement de la recherche axée sur la santé des femmes et de la technologie médicale. Les initiatives portant sur la santé de la population, bien qu'elles procurent des avantages à long terme, ne peuvent contrebalancer, dans l'esprit des gens, le caractère d'urgence qui est associé à de nouveaux lits d'hôpitaux ou au diagnostic effectué à l'aide d'une technologie ou de matériel thérapeutique de pointe. M. Baker a donné l'explication suivante :

Cela est dû, à mon avis, à un certain caractère immédiat de nos inquiétudes au sujet du régime de soins de santé... Les lits d'hôpitaux et les équipements de haute technologie offrent des avantages immédiats, alors que des initiatives axées sur les communautés et la santé populaire sont perçues comme des activités à plus long terme. Parce qu'ils sont très inquiets, les Canadiens mettent surtout l'accent sur les activités qui offriront des avantages immédiats plutôt qu'à long terme<sup>42</sup>.

Abby Hoffman, de Santé Canada, a exprimé un point de vue semblable :

[...] lorsque les gens ont l'impression que les soins de santé et les traitements sont vulnérables, ils hésitent un peu, avec raison, à ce que l'on consacre davantage d'efforts, peut-être même davantage de ressources, à la prévention et à la promotion de la santé publique, de la santé de la population, à ce genre d'activités<sup>43</sup>.

Graham Scott, ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, a prévenu que les solutions à court terme atténuent peut-être les craintes des Canadiens au sujet de leur système de soins de santé, mais que les solutions à long terme sont plus avantageuses. Il a donné l'exemple suivant :

Si on met 100 millions de dollars sur la mise à niveau du système de protection-santé de l'Ontario, cela n'apporte pas la guérison à court terme à un patient. Cependant, si on annonce l'expansion des services d'urgence de six hôpitaux communautaires du sud-ouest de l'Ontario, ça pourrait

---

<sup>42</sup> Chris Baker (9:32).

<sup>43</sup> Abby Hoffman (13:27).

[rapporter] pas mal de [votes]. C'est là que se trouve le compromis, à mon avis<sup>44</sup>.

Selon lui, il faudra beaucoup de courage de la part des politiciens fédéraux et provinciaux pour investir là où cela rapportera le plus d'avantages à long terme.

### **3.4 Les soins de santé : un domaine qui requiert une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux**

Selon les résultats des sondages de Environics et de Goldfarb, les Canadiens attendent des deux ordres de gouvernement qu'ils fassent leur part respective pour réinvestir dans les soins de santé. Les résultats de ces sondages

*La population est moins satisfaite du régime et critique la façon dont les deux ordres de gouvernement s'acquittent de leur tâche dans ce domaine. Elle souhaite que les gouvernements cessent de lutter entre eux dans le domaine des soins de santé et commencent à collaborer.*

*Chris Baker, v.-p., Environics Research Group  
(9:33).*

révèlent également que les Canadiens attribuent une faible note aux gouvernements fédéral et provinciaux quant à leur gestion des questions touchant les soins de santé. En outre, les Canadiens s'impatientent devant l'attitude des gouvernements qui rejettent la responsabilité sur les autres. Ils sont davantage intéressés par des résultats positifs et la collaboration intergouvernementale. À ce propos, comme l'a souligné Scott Evans :

Les Canadiens commencent également à en avoir assez de la bisbille entre les deux ordres de gouvernement. Quand on leur demande comment ils conçoivent les relations fédérales-provinciales, ils ne semblent pas comprendre pourquoi les deux ordres de gouvernement semblent ne pas vouloir ou ne pas pouvoir s'entendre sur ce qui doit être fait. Les Canadiens semblent perdre patience<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> Graham Scott (20:13).

<sup>45</sup> Scott Evans (9:38).

### 3.5 Forte adhésion aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*

Un examen des sondages, enquêtes et rapports des dix dernières années effectué par le Conference Board du Canada révèle que les Canadiens adhèrent toujours aussi fortement aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Les principes auxquels ils tiennent le plus sont l'universalité et l'accessibilité, tandis que l'administration publique est celui qui suscite le moins d'enthousiasme (voir tableau 3.1).

**TABLEAU 3.1**  
**LES PRINCIPES DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ**  
**SONT “TRÈS IMPORTANTS” (POURCENTAGE)**

	1991	1994	1995	1999
Universalité	93	85	89	89
Accessibilité	85	77	82	81
Transférabilité	89	78	81	79
Intégralité	88	73	80	80
Administration publique	76	63	64	59

*Source : Conference Board du Canada, Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results, 6 octobre 2000, p. 11.*

Malgré tout, de nombreux Canadiens estiment que, sauf en ce qui concerne l'universalité, le système de soins de santé ne respecte pas les principes d'un régime public d'assurance-santé. Selon le Conference Board, cela est loin d'être surprenant, étant donné que nombre des services auxquels font appel les Canadiens ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*.<sup>46</sup>

### 3.6 Appui décroissant à l'égard des frais modérateurs et des établissements privés

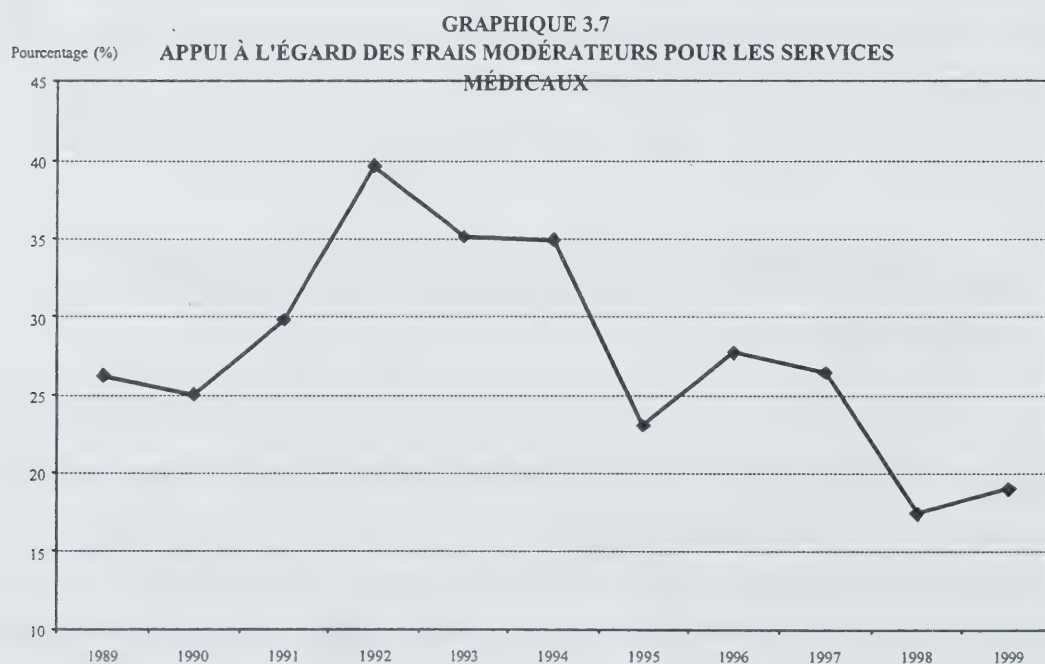
Les sondages indiquent une opposition grandissante aux mesures financières qui limiteraient l'accès aux soins de santé. Selon Goldfarb Consultants, l'appui à l'égard des frais modérateurs dans les cas de consultations médicales, qui était à la hausse entre 1989 et 1992, a décliné depuis (voir graphique 3.7). De même, le sondage de Environics révèle que seule une minorité de Canadiens (31 %) estiment que les cliniques privées représentent une bonne

<sup>46</sup> Conference Board du Canada, *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, 6 octobre 2000, p.12.



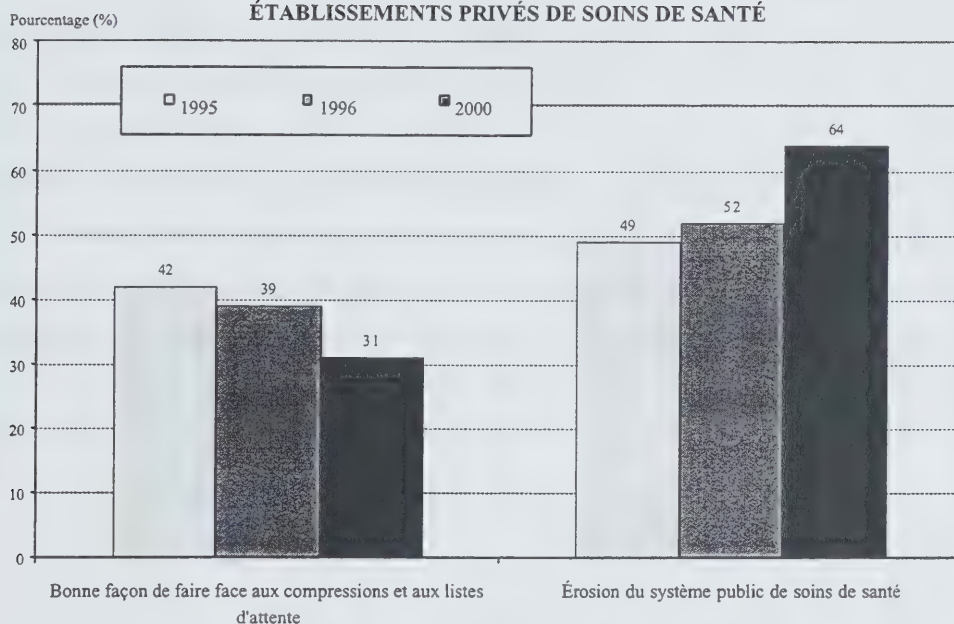
façon de réduire les listes d'attente. En outre, la population craint de plus en plus le fait que la mise sur pied d'établissements de santé privés n'entraîne une érosion du système de soins de santé subventionné par l'État (graphique 3.8).

L'examen des sondages et enquêtes mené en 2000 par le Conference Board du Canada a révélé que les diverses possibilités de privatisation gagnent davantage l'appui de la population lorsqu'elles sont présentées comme moyen de préserver le régime public de soins de santé, soit en améliorant l'efficacité, soit en assurant à tous le même accès à des services de grande qualité. Par exemple, les frais modérateurs suscitent des réactions qui varient selon les circonstances; ils sont davantage acceptés lorsqu'ils sont présentés comme moyen d'accroître l'efficacité du système sans empêcher quiconque d'avoir accès à des services nécessaires. De même, la population est davantage en faveur des établissements privés, selon le rapport du Conference Board, lorsque le système public est incapable de fournir les services nécessaires que lorsque ces établissements permettent aux personnes qui en ont les moyens d'obtenir des services plus rapides ou meilleurs.



Source : Goldfarb Consultants, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 20.

**GRAPHIQUE 3.8**  
**ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SOINS DE SANTÉ**



Source : Environics Research Group, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 45.

### 3.7 Commentaires du Comité

La raison qui explique cette baisse de confiance de la population à l'égard du système de soins de santé canadien demeure sujette à débat. Selon Scott Evans :

La restructuration financière du régime de soins de santé, et la réaction des médias et de divers groupes de militants, sont des facteurs qui ont tous contribué à ce manque général de confiance<sup>47</sup>.

Dans le même ordre d'idées, le Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), mentionnait ce qui suit :

[...] Ces changements et la baisse des budgets ont manifestement provoqué beaucoup de stress dans le système. [...] Par exemple, la confiance du public a considérablement baissé. Nous montrons très bien dans ce rapport que

<sup>47</sup> Scott Evans (9:34-35).

certains services sont moins accessibles, comme les salles d'urgence et certains services de spécialistes. Comme cela a beaucoup retenu l'attention des médias, la confiance du public a considérablement diminué<sup>48</sup>.

Même si les compressions des dépenses publiques sont souvent considérées comme ayant beaucoup contribué au recul de la confiance du public à l'égard du régime de soins de santé, on ignore toujours si les nouvelles injections de fonds dans les transferts fédéraux au titre du TCSPS faisant suite à l'adoption des projets de loi C-32 (2000) et C-45 (2000) suffiront à rétablir cette confiance. Le Comité s'est cependant fait dire qu'on ne doit pas confondre le manque de confiance à l'égard du système de soins de santé avec le rendement réel de celui-ci. En fait, lorsqu'on interroge les clients sur la qualité des soins de santé qu'ils reçoivent, ils sont généralement satisfaits :

[...] quand on pose la question aux gens qui ont réellement reçu des soins, ils expriment des niveaux de satisfaction très élevés. Cela démontre que les gens qui dispensent les soins, les médecins et les infirmières, ont maintenu des niveaux de rendement très élevés malgré tous ces facteurs de stress. Les mesures du rendement dont nous disposons montrent de bons résultats. C'est une dichotomie intéressante qui apparaît constamment chaque fois que l'on fait des enquêtes de ce genre<sup>49</sup>.

Sholom Glouberman, directeur du Réseau de la santé, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, soutient que l'enjeu majeur consiste donc à mettre au point des stratégies qui rétabliront la confiance de la population dans le système de soins de santé canadien :

On a tendance à confondre le rendement réel du système de soins de santé et le manque de confiance du public. Devant ce manque de confiance on réagit souvent en affectant davantage de ressources au système. Cela ne règle pas le problème, car c'est un problème de confiance. Il s'agit de voir quelles sont les stratégies à utiliser pour accroître la confiance du public dans le système de soins de santé. Cela dépend en partie de l'information. Il faut également garantir que le système de soins de santé sera là lorsque les gens en auront besoin. Cela joue un grand rôle dans le débat<sup>50</sup>.

---

<sup>48</sup> Dr. John S. Millar (14:35).

<sup>49</sup> Dr. John S. Millar (14:35).

<sup>50</sup> Sholom Glouberman (9:18-19).



Voici l'un des défis actuels auquel fait face le système de soins de santé canadien :

Pour conclure, l'opinion publique connaît actuellement des fluctuations intéressantes. Il est possible de faire accepter la légitimité de différentes approches du régime de soins de santé qui pourront rétablir la confiance de la population dans le régime<sup>51</sup>.

L'opinion et les attentes du public sont essentielles dans l'examen du système de soins de santé canadien. Dans la phase deux de son étude, le Comité se penchera sur la question des attentes croissantes, dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une incidence significative sur les décisions gouvernementales à venir, notamment sur le type de services de santé qui doit être assuré, sur la catégorie de personnes admissibles à des soins de santé subventionnés par l'État et sur la façon d'obtenir l'argent pour payer les services.

---

<sup>51</sup> Scott Evans (9:37).



## CHAPITRE QUATRE

### TENDANCES DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ

Le présent chapitre a pour but de présenter un examen factuel détaillé des tendances actuelles et passées des dépenses de soins de santé au Canada. Le chapitre est divisé en six sections. La première section décrit les tendances historiques des dépenses totales de soins de santé. La section 2 aborde les tendances des dépenses des secteurs public et privé. La section 3 présente de façon détaillée les tendances par catégorie de dépenses. La section 4 donne une brève comparaison entre les dépenses du Canada et les dépenses internationales en matière de soins de santé. La section 5 aborde les dépenses des provinces dans ce secteur et la section 6 résume les facteurs influant sur les coûts des soins de santé. Le chapitre est fondé sur les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)<sup>52</sup>.

Les données sur les dépenses de soins de santé présentées par l'ICIS et l'OCDE comprennent les éléments suivants : hôpitaux, autres établissements (notamment les établissements de soins pour bénéficiaires internes), médecins, autres professionnels de la santé (chiropraticiens, physiothérapeutes, opticiens, etc.), médicaments (prescrits ou non), immobilisations, santé publique (incluant la promotion de la santé et la prévention des maladies), recherche médicale et fournitures et appareils médicaux personnels. Cette définition est conforme à la définition générale des soins de santé présentée par le Comité dans l'introduction du présent rapport.

Comme nous le constaterons dans les sections suivantes, il existe différentes façons de mesurer les dépenses de soins de santé au Canada. L'interprétation du niveau des dépenses de santé et de leurs tendances est fonction de la façon dont nous mesurons les dépenses.

*[...] nous dépensons moins que nous ne le croyons, bien moins que la portion des fonds publics que consacrent la plupart des autres pays aux soins de santé. Je vous dirai également que la quote-part du gouvernement fédéral dans les dépenses au titre des soins de santé est bien supérieure à ce que les provinces veulent bien nous faire croire.*

*Raisa Deber, professeure,  
University of Toronto (8:3).*

<sup>52</sup> ICIS, *Dépenses nationales de santé - Tendances*, Ottawa, 15 décembre 1999 (1975-1999) et 11 décembre 2000 (1975-2000), et OCDE, *Éco-santé OCDE*, CD-ROM, Paris, 1999 et 2000.



## 4.1 Tendances globales – de 1975 à 2000

Le graphique 4.1 décrit l'évolution de l'ensemble des dépenses de soins de santé au Canada au cours des 25 dernières années. Exprimées en dollars courants (trait gras), elles ont augmenté d'une façon soutenue, passant de 12,2 milliards de dollars en 1975 à 95,1 milliards en 2000. La croissance des dépenses de soins de santé en termes nominaux a affiché des taux à deux chiffres dans les années 70 et au début des années 80, mais a diminué considérablement vers des taux à un chiffre à la fin des années 80 et durant les années 90<sup>53</sup>. Abby Hoffman, de Santé Canada, a mentionné ceci au Comité :

Il faut interpréter avec prudence la portée et l'importance de ce ralentissement étant donné que les chiffres peuvent être trompeurs. Il faut tenir compte du niveau d'inflation beaucoup plus élevé qui existait dans les années 70 et au début des années 80 par rapport à la fin des années 80 et aux années 90, ainsi que du niveau actuel qui est très bas<sup>54</sup>.

Le trait fin du graphique 4.1 représente les dépenses de santé totales corrigées en fonction de l'inflation et converties en dollars constants de 1992<sup>55</sup>. Même après correction de l'incidence de l'inflation, ce qui permet de mesurer les taux de croissance réelle, les dépenses de soins de santé ont augmenté sans arrêt entre 1975 et le début des années 90. Toutefois, les taux de croissance réels durant la période de 1975 à 2000 étaient beaucoup plus bas, variant entre moins de 1 % et 5 %<sup>56</sup>.

Selon l'ICIS, la progression soutenue que connaissent depuis quatre ans les dépenses en soins de santé tient essentiellement aux nouveaux investissements des gouvernements à ce chapitre.

---

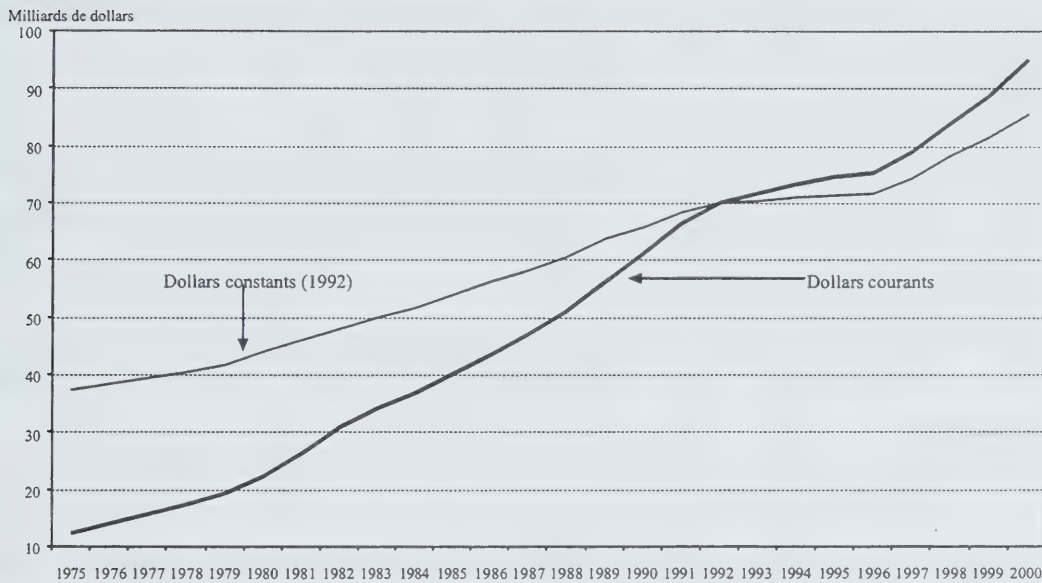
<sup>53</sup> Plus précisément, les dépenses de santé totales ont augmenté à un taux annuel moyen de 11,1 % au cours de la période de 1975 à 1991. Puis elles ont connu une baisse importante, jusqu'à un taux annuel moyen de 2,6 % entre 1991 et 1996. Le taux annuel moyen devrait atteindre 6,0 % entre 1996 et 2000.

<sup>54</sup> Abby Hoffman (13:8).

<sup>55</sup> Les données sont habituellement corrigées en fonction de l'inflation au moyen d'un indice implicite des prix du PIB (l'indice de 1992 égale 100).

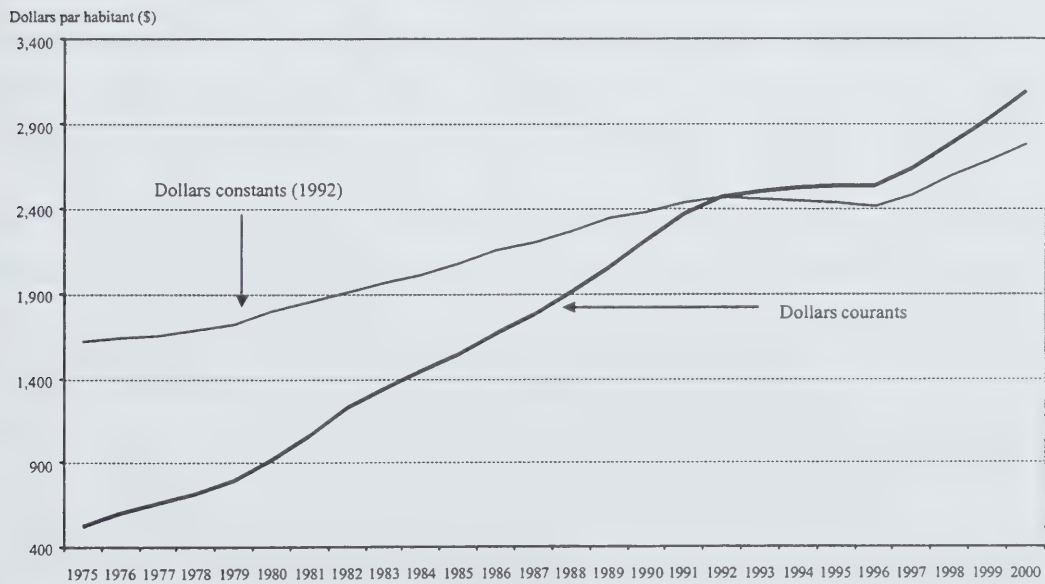
<sup>56</sup> Les taux de croissance réels s'établissaient en moyenne à 3,8 % entre 1975 et 1991, à 1,0 % entre 1991 et 1996 et à 4,6 % entre 1996 et 2000.

**GRAPHIQUE 4.1**  
**DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA**



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

**GRAPHIQUE 4.2**  
**DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA**



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

Certains témoins qui ont parlé devant le Comité ont dit qu'afin d'interpréter adéquatement les tendances des dépenses de soins de santé, les données devraient également être corrigées en fonction de la taille de la population. Les dépenses de soins de santé par habitant figurent au graphique 4.2.

Le trait fin, qui représente les dépenses par habitant corrigées en fonction de l'inflation et de la taille de la population, indique que les dépenses de soins de santé au Canada ont augmenté entre 1975 et le début des années 90. Toutefois, les dépenses réelles par habitant ont légèrement diminué entre 1992 et 1996. Cette tendance s'est inversée en 1997, et le taux de croissance annuel réel des dépenses par habitant devrait s'établir en moyenne à 3,6 % entre 1997 et 2000.

**GRAPHIQUE 4.3**  
**DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA, EN % DU PIB**



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

Une autre façon de mesurer les montants affectés à la santé au Canada consiste à exprimer les dépenses de soins de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)<sup>57</sup>. Cet indicateur, appelé « ratio des soins de santé au PIB », indique dans quelle mesure le Canada

<sup>57</sup> Comme nous l'expliquons au chapitre 1, le PIB mesure la valeur de tous les produits, services et investissements dans un pays durant une année.



consacre des ressources productives aux soins de santé. En 1975 (voir graphique 4.3), les dépenses de soins de santé au Canada constituaient 7,0 % du PIB. Le pourcentage a augmenté durant la majeure partie des années 70 et 80, pour atteindre le sommet de 10 % en 1992. Puis, le ratio des soins de santé au PIB a diminué continuellement entre 1992 et 1996, pour atteindre 9,0 %. La dernière prévision de l'ICIS indique que cette tendance s'est inversée : la part du PIB consacrée aux soins de santé a grimpé jusqu'à 9,3 % en 1998, niveau auquel elle est demeurée en 1999 et en 2000.

## **4.2 Dépenses du secteur public et dépenses du secteur privé**

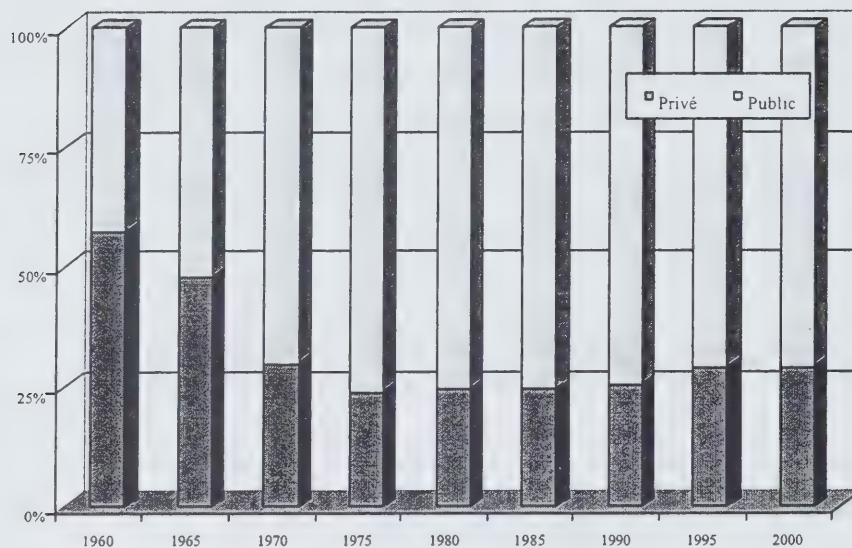
Bien que le secteur public soit la principale source de financement des soins de santé au Canada, ce n'était pas le cas il y a quarante ans, lorsque le secteur privé assumait plus de la moitié des dépenses de soins de santé<sup>58</sup>. Le graphique 4.4 présente des renseignements sur les sources de financement des soins de santé au Canada. En 1960, le financement du secteur privé représentait plus de 57 % des dépenses de soins de santé totales. Au cours de la décennie suivante, avec l'avènement des régimes universels d'assurance-santé dans les provinces, les taux de croissance des dépenses de soins de santé assumées par le secteur public ont augmenté beaucoup plus que ceux du financement privé. En conséquence, la part du secteur privé a chuté. En 1975, la part du secteur public avait atteint plus de 76 %, alors que celle du secteur privé s'établissait à 24 %.

Entre 1975 et 1985, les parts du secteur privé et du secteur public sont demeurées relativement stables. Puis les gouvernements ont commencé à rationaliser le financement des hôpitaux et des services de médecins et ont mis en œuvre des mesures visant à accroître l'efficacité du système de soins de santé. Ces mesures ont entraîné une stabilisation des dépenses gouvernementales. Au même moment, la part du secteur privé a commencé à augmenter et, en 1997, elle a atteint 30 %, son plus haut niveau enregistré depuis 1970. Elle a légèrement reculé ces dernières années, pour se fixer à 29 % en 2000. Cette année-là, la part du secteur public a représenté 71 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé.

---

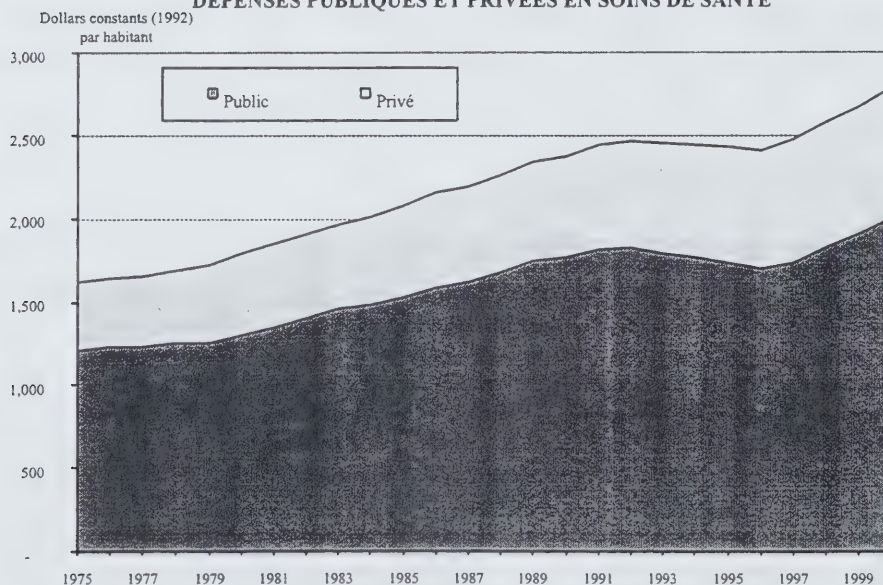
<sup>58</sup> Le secteur public désigne les divers ordres de gouvernement. Les dépenses du secteur privé consistent principalement en des frais directs payés personnellement par les individus et des dépenses couvertes par des

**GRAPHIQUE 4.4**  
**PARTS PUBLIQUE ET PRIVÉE DES DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ**



Source : Vern Hicks (1999), ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

**GRAPHIQUE 4.5**  
**DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES EN SOINS DE SANTÉ**



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

compagnies d'assurance. Les dépenses des commissions des accidents du travail sont comprises dans les dépenses publiques de soins de santé.

Encore une fois, il est utile d'examiner les tendances lorsque les dépenses sont corrigées en fonction de l'inflation et de la taille de la population. Le graphique 4.5 montre que les dépenses du secteur public par habitant, exprimées en dollars constants, ont augmenté continuellement de 1975 à 1992. Entre 1992 et 1996, les dépenses de soins de santé par habitant assumées par le secteur public ont diminué en termes réels. Autrement dit, la croissance des dépenses publiques en soins de santé n'a suivi ni la croissance économique ni la croissance démographique. Cette tendance à la baisse s'est inversée en 1997 et, en 1998, les dépenses publiques de soins de santé par habitant, en dollars constants, ont retrouvé leur sommet de 1992. Elles ont affiché une progression en termes réels de 4,4 % en 1999 et de 4,8 % en 2000 :

Si on rajuste les dépenses en fonction de l'inflation en général et de l'augmentation de la population, le ralentissement des dépenses publiques et même leur baisse au milieu des années 90 apparaît plus clairement. Autrement dit, le milieu des années 90 est certainement une période où les dépenses publiques au chapitre de la santé n'ont pas suivi le même rythme que le taux d'inflation, même s'il a été faible, ou que la croissance démographique. Toutefois, lorsque ces dépenses ont augmenté à la fin des années 90, elles ont regagné le sommet atteint au début des années 90 sur le plan des dépenses réelles par habitant, même si l'on tient compte de la croissance démographique et de l'augmentation générale des prix<sup>59</sup>.

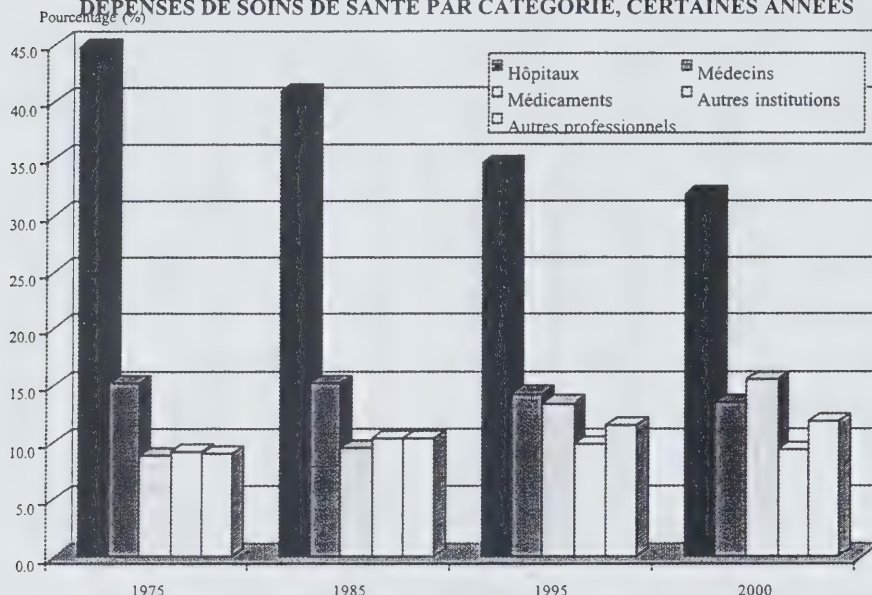
### **4.3 Catégories de dépenses**

En 2000, le Canada a dépensé 30,2 milliards de dollars pour les soins hospitaliers. Les soins hospitaliers constituent la plus importante catégorie de dépenses de soins de santé, représentant 31,8 % du total de ces dépenses en 2000. La part du total des dépenses de soins de santé affectées aux hôpitaux a suivi une courbe descendante au cours des 25 dernières années, partant d'un sommet de 45,0 %, atteint en 1976 (voir graphique 4.6).

Les dépenses en services de médecins ont totalisé près de 12,8 milliards de dollars en 2000, soit 13,5 % du total des dépenses de soins de santé. Entre 1975 et 1985, la part des dépenses totales de soins de santé consacrée aux services de médecins est demeurée relativement constante. Elle a diminué légèrement entre 1985 et 2000.



**GRAPHIQUE 4.6**  
**DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ PAR CATÉGORIE, CERTAINES ANNÉES**



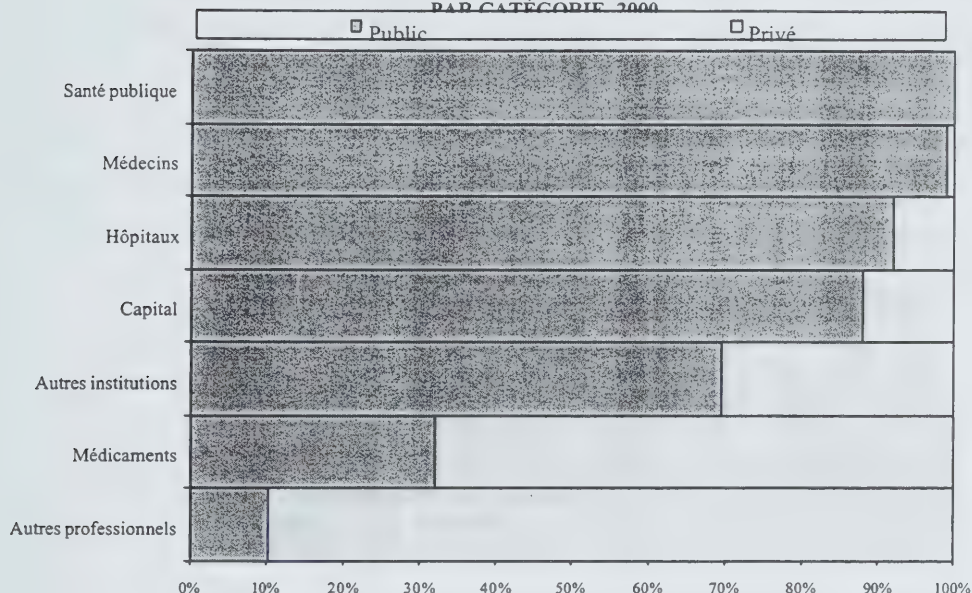
Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

Depuis 1997, les dépenses affectées aux médicaments constituent la deuxième catégorie de dépenses de soins de santé en importance, dépassant les dépenses liées aux services de médecins. La part des dépenses totales de soins de santé affectée aux médicaments a augmenté continuellement au cours des 25 dernières années, passant de 8,8 % en 1975 à 9,5 % en 1985, à 13,4 % en 1995, puis à 15,5 % en 2000.

La répartition des dépenses publiques par catégorie va de 100 % pour la santé publique à 10 % pour les professionnels de la santé autres que les médecins (voir graphique 4.7). Plus de 70 % des dépenses dans toutes les catégories, sauf les médicaments et les autres professionnels, sont payées par l'État. Le secteur public assume 91 % environ des dépenses totales au chapitre des hôpitaux et un peu moins de 99 % des dépenses totales au titre des services de médecins. Les dépenses de soins de santé du secteur privé au Canada touchent surtout les médicaments, les services dentaires, les soins de la vue et les soins à domicile, c'est-à-dire des services qui, pour la plupart, ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*.

<sup>59</sup> Abby Hoffman (13:8).

**GRAPHIQUE 4.7**  
**PARTS PUBLIQUE ET PRIVÉE DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ,**  
**PAR CATÉGORIE, 2000**



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

## 4.4 Comparaisons internationales

Les comparaisons internationales constituent une autre façon d'évaluer notre système de soins de santé. En fait, elles sont essentielles pour mieux comprendre le volume des dépenses et les facteurs qui ont entraîné leur augmentation, en vue de déterminer la taille optimale du secteur des soins de santé. Différents indicateurs des dépenses de soins de santé peuvent être utilisés pour comparer les pays. Comme la professeure Deber l'a souligné durant son exposé devant le Comité, il est important de définir précisément ce qui est mesuré par chaque indicateur, car le rang du Canada change selon l'indicateur utilisé pour mesurer les dépenses de soins de santé.

Trois types d'indicateurs sont utilisés couramment pour comparer le niveau des dépenses de soins de santé dans les différents pays. Le plus connu est le ratio des dépenses de soins de santé au PIB, qui mesure la part de l'économie d'un pays consacrée aux soins de santé.

Comme le montre le tableau 4.1, en 1998, le Canada se classait quatrième (9,5 %) parmi les pays de l'OCDE, après les États-Unis (13,6 %), l'Allemagne (10,6 %) et la Suisse (10,4 %), quant au ratio des dépenses totales de soins de santé au PIB. La Turquie vient au dernier rang. Le Japon, quant à lui, avec une proportion relativement faible (7,2 %), se classe 18<sup>e</sup>. En moyenne, les pays de l'OCDE ont consacré 7,9 % de leur PIB aux soins de santé. Cet indicateur révèle que le Canada a consacré, toutes proportions gardées, plus d'argent aux soins de santé que la moyenne pour l'OCDE en 1998 et qu'il se trouve parmi les pays qui dépensent le plus dans ce domaine.

Les « dépenses nominales par habitant » constituent un autre indicateur international courant; cet indicateur convertit les devises nationales en une devise commune (habituellement le dollar américain) et les divise par la population. Cet indicateur est par conséquent corrigé en fonction de la taille de la population. La troisième colonne du tableau 4.1 indique que les dépenses de soins de santé du Canada en 1998 s'élevaient à 1 828 dollars américains par habitant. Selon cette mesure, le Canada tombe au 14<sup>e</sup> rang, loin derrière les États-Unis (4 178 dollars, en 1<sup>re</sup> place), la Suisse (3 834 dollars, en 2<sup>e</sup> place), la Norvège (2 836 dollars, en 3<sup>e</sup> place) et l'Allemagne (2 769 \$, en 4<sup>e</sup> place). Les dépenses de soins de santé du Canada étaient comparables à celles de la Suède, des Pays-Bas et de la Finlande. En comparaison, le Japon s'est classé au 9<sup>e</sup> rang, avec 2 283 dollars américains par habitant. Selon cet indicateur, le Canada se situe dans la moyenne de l'OCDE et ne fait pas partie des pays qui ont dépensé le plus en soins de santé. Les résultats du Japon sont moins reluisants : alors qu'il occupait le 18<sup>e</sup> rang pour ce qui est des dépenses de soins de santé exprimées en pourcentage du PIB (parmi les niveaux de dépenses les moins élevés), il se hisse au 9<sup>e</sup> rang pour ce qui est des dépenses en dollars américains par habitant (parmi les niveaux de dépenses les plus élevés).

**TABLEAU 4.1**

<b>Dépenses de soins de santé dans les pays de l'OCDE, 1998</b>						
<b>Pays</b>	<b>Dépenses en % du PIB</b>	<b>Rang</b>	<b>Dépenses par habitant en \$ américains</b>	<b>Rang</b>	<b>Dépenses par habitant en \$ PPA</b>	<b>Rang</b>
Allemagne	10,6	2	2 769	4	2 424	3
Australie	8,5	9	1 691	17	2 036	12
Autriche	8,2	15	2 164	11	1 968	13
Belgique	8,8	6	2 169	10	2 081	9



<b>Canada</b>	<b>9,5</b>	<b>4</b>	<b>1 828</b>	<b>14</b>	<b>2 312</b>	<b>5</b>
Corée	5,0	27	351	25	730	25
Danemark	8,3	12	2 736	5	2 133	7
Espagne	7,1	20	1 044	21	1 218	22
<b>États-Unis</b>	<b>13,6</b>	<b>1</b>	<b>4 178</b>	<b>1</b>	<b>4 178</b>	<b>1</b>
Finlande	6,9	21	1 724	15	1 502	17
France	9,5	5	2 333	8	2 055	11
Grèce	8,3	13	957	22	1 167	23
Hongrie	6,8	22	319	26	705	26
Irlande	6,4	24	1 436	19	1 436	19
Islande	8,3	14	2 468	7	2 103	8
Italie	8,4	10	1 720	16	1 783	15
Japon	7,6	18	2 283	9	1 822	14
Luxembourg	5,9	26	2 473*	6*	2 215	6
Mexique	4,7*	28*	202*	28*	356*	28*
Norvège	8,6	8	2 836	3	2 330	4
Nouvelle-Zélande	8,1	16	1 127	20	1 424	20
Pays-Bas	8,6	7	2 143	13	2 070	10
Pologne	6,4	25	263	27	496	27
Portugal	7,8	17	859	23	1 237	21
République tchèque	7,2	19	393	24	930	24
Royaume-Uni	6,7	23	1 607	18	1 461	18
Suède	8,4	11	2 146	12	1 746	16
Suisse	10,4	3	3 834	2	2 794	2
Turquie	4,0*	29*	122*	29*	255*	29*
Moyenne OCDE	7,9	-	1 730	-	1 689	-

\*Données de 1997.

SOURCE: *Éco-santé OCDE 2000*.

Un indicateur plus perfectionné utilise la parité des pouvoirs d'achat (PPA) par habitant; il est calculé en comparant les prix de produits identiques dans différents pays et en divisant par la population<sup>60</sup>. La conversion en PPA élimine la disparité des prix entre les pays. Selon cet indicateur, le Canada demeure parmi les premiers pays, soit 5<sup>e</sup> (2 312 dollars par habitant), après les États-Unis (4 178 dollars), la Suisse (2 794 dollars), l'Allemagne (2 424 dollars) et la Norvège (2 330 dollars). Le Japon se classe 14<sup>e</sup>, au milieu de tous les pays de l'OCDE (avec 1 822 dollars).

<sup>60</sup> Le PPA est un indice de prix international calculé en comparant les prix de produits identiques dans divers pays. Il indique le taux auquel une devise doit être convertie dans une autre devise pour être en mesure d'acheter un panier de biens et services équivalents dans d'autres pays. Par conséquent, le PPA n'est pas simplement une conversion monétaire mais une équivalence qui tient compte de la valeur réelle attribuée au panier de biens et services.

Sans égard à la mesure utilisée, ce sont les États-Unis qui ont manifestement dépensé le plus en soins de santé en 1998, suivis de l'Allemagne et de la Suisse. Même si les dépenses du Canada étaient élevées, elles étaient proportionnelles à celles de plusieurs autres pays.

Le tableau 4.2 présente les rangs au sein de l'OCDE pour ce qui est des dépenses de soins de santé faites par le secteur public. En 1998, dans presque tous les pays, l'essentiel des dépenses de soins de santé étaient effectuées par le secteur public. Au Canada, 69,6 % des dépenses totales de soins de santé étaient assumés par l'État, pourcentage inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE (73,6 %). Les États-Unis et la Corée étaient les deux seuls pays de l'OCDE où les dépenses de soins de santé du secteur privé étaient supérieures à celle du secteur public, qui assumait environ 45 % des dépenses totales. À l'opposé, au Luxembourg, le secteur public assumait près de 92,3 % des dépenses de soins de santé totales. Comparé aux autres pays de l'OCDE, le Canada occupait le 9<sup>e</sup> rang pour ce qui est dépenses de soins de santé exprimées en pourcentage du PIB. Fait intéressant, le niveau de dépenses de soins de santé publiques du Canada, exprimé en pourcentage du PIB, se situait près de celui des États-Unis.

Certains des pays ont-ils affiché des tendances similaires quant aux dépenses de soins de santé au cours des quatre dernières décennies? Le graphique 4.8 décrit l'évolution des dépenses de soins de santé, exprimées en pourcentage du PIB, dans certains pays de l'OCDE, de 1960 à 1998. On peut voir que le Royaume-Uni a constamment consacré une part moindre de son PIB aux soins de santé que le Canada ou les États-Unis. Les tendances du ratio des soins de santé au PIB au Canada et aux États-Unis sont demeurées pratiquement identiques jusque vers 1971, quand le Canada a établi un régime d'assurance-santé universel, contrairement aux États-Unis.

**TABLEAU 4.2**

<b>Dépenses de soins de santé par le secteur public dans les pays de l'OCDE, 1998</b>				
<b>Pays</b>	<b>Part publique des dépenses totales de soins de santé (%)</b>	<b>Rang</b>	<b>Dépenses publiques de soins de santé en % du PIB</b>	<b>Rang</b>
Allemagne	74,6	16	7,9	2
Australie	69,5	22	5,9	15
Autriche	70,5	19	5,8	16
Belgique	89,7	3	7,9	1

<b>Canada</b>	<b>69,6</b>	<b>21</b>	<b>6,6</b>	<b>9</b>
Corée	45,8	28	2,3	29
Danemark	81,9	8	6,8	8
Espagne	76,9	11	5,4	20
<b>États-Unis</b>	<b>44,7</b>	<b>29</b>	<b>6,1</b>	<b>12</b>
Finlande	76,3	14	5,3	21
France	76,4	13	7,2	4
Grèce	56,8	27	4,7	25
Hongrie	76,5	12	5,2	22
Irlande	75,8	15	4,8	24
Islande	84,3	4	7,0	6
Italie	67,3	23	5,6	17
Japon	78,3	9	6,0	13
Luxembourg	92,3	1	5,4	19
Mexique	60,0*	26*	2,8*	28*
Norvège	83,1	7	7,1	5
Nouvelle-Zélande	77,1	10	6,2	11
Pays-Bas	70,4	20	6,0	14
Pologne	65,4	25	4,2	26
Portugal	66,9	24	5,2	23
République tchèque	91,9	2	6,6	10
Royaume-Uni	83,7	6	5,6	18
Suède	83,8	5	7,0	7
Suisse	73,4	17	7,7	3
Turquie	72,8*	18*	2,9*	27*
Moyenne OCDE	73,6	-	5,8	-

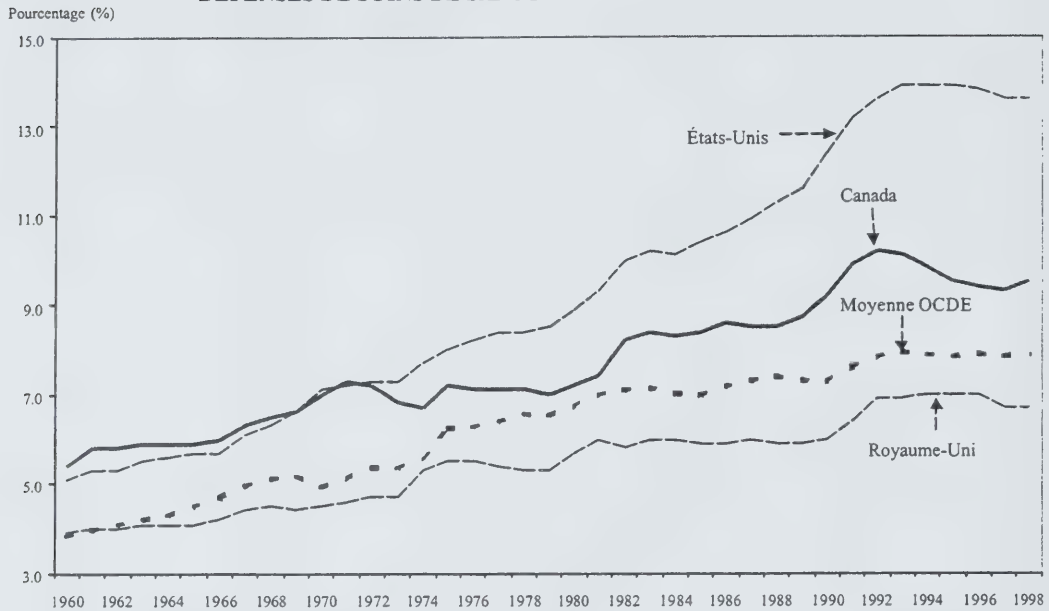
*\*Données de 1997.*

*Source : Éco-santé OCDE 2000.*

Le ratio des dépenses de soins de santé au PIB au Canada est demeuré relativement stable durant les années 70. Puis il a atteint le sommet de 10,2 % en 1992, en 2<sup>e</sup> place après les États-Unis. Bon nombre d'observateurs ont soutenu que le système de soins de santé canadien était maintenant un des plus coûteux parmi les pays de l'OCDE. Ce résultat a été largement discuté et interprété comme un indice que le modèle canadien était fondamentalement inflationniste. Comme au Canada, la plupart des pays de l'OCDE ont connu une croissance de leurs dépenses de soins de santé, exprimées en pourcentage du PIB, durant la majeure partie de la période de 1975 à 1990. Des augmentations ont également eu lieu au début des années 90, durant les périodes de faible croissance du PIB et de récession, et ont été suivies par une stabilisation ou de légères baisses du ratio. Toutefois, le Canada est le seul pays à avoir affiché une baisse sur cinq ans (de 1992 à 1997).



**GRAPHIQUE 4.8**  
**DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB**



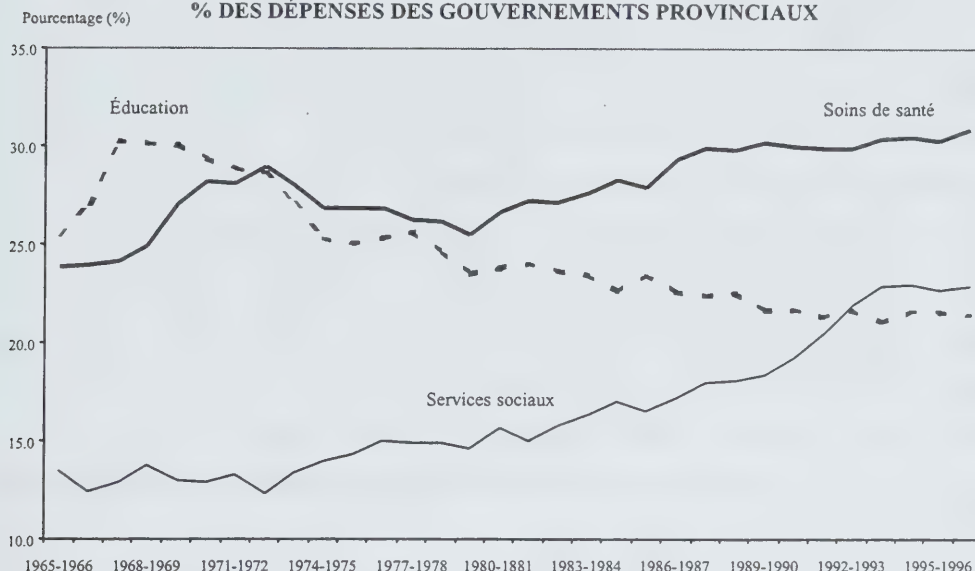
Source : Éco-santé OCDE (2000) et Bibliothèque du Parlement.

#### 4.5 La santé constitue une priorité dans les provinces

Durant son témoignage, Raisa Deber a affirmé que les soins de santé constituaient une priorité pour les gouvernements provinciaux et que les dépenses de l'éducation et de l'aide sociale ont été réduites de façon drastique dans les provinces. Le graphique 4.9 décrit les dépenses des gouvernements provinciaux pour les soins de santé, l'éducation et les services sociaux, exprimées en pourcentage des dépenses de programmes totales. Alors que les gouvernements provinciaux ont augmenté la proportion des dépenses publiques consacrées aux soins de santé et à l'aide sociale, les dépenses d'éducation ont diminué régulièrement. Dans son rapport *Performance and Potential 2000-2001*, le Conference Board a décélé des tendances analogues : au cours des trois dernières années, 62 % de la hausse des dépenses des gouvernements provinciaux ont été consacrées aux soins de santé, 25 % à l'éducation, 3 % aux services sociaux, 5 % aux intérêts sur la dette et 5 % aux dépenses générales<sup>61</sup>.

<sup>61</sup> Conference Board du Canada, *Performance and Potential 2000-2001 — Seeking "Made in Canada" Solutions*, 2000, p. 115.

**GRAPHIQUE 4.9**  
**DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ, D'ÉDUCATION ET DE SERVICES SOCIAUX, EN**  
**% DES DÉPENSES DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX**



Source : Statistique Canada, CANSIM, et Bibliothèque du Parlement.

## 4.6 Commentaires du Comité

Nous espérons que ce chapitre contribuera à une meilleure compréhension des tendances actuelles et passées des dépenses de soins de santé, de la relation entre les dépenses de soins de santé du secteur public et du secteur privé et de la situation du Canada par rapport aux autres pays. Toutefois, l'information sur les dépenses de soins de santé comporte encore des lacunes. Dans un rapport récent, l'ICIS a indiqué ce qu'on ignore au sujet des dépenses de soins de santé au Canada :

- La façon dont la variation des dépenses de soins de santé influe sur la santé de la population;
- Les différences régionales au sein des provinces, en matière de dépenses de soins de santé;
- Les coûts liés au traitement de maladies spécifiques;
- Les coûts liés à la réadaptation, à la promotion de la santé et à d'autres services communautaires;

- Le montant que les Canadiens dépensent pour les médecines complémentaires et parallèles (p. ex., la massothérapie, l'homéothérapie, les produits à base de plantes et les autres remèdes semblables)<sup>62</sup>.

En outre, d'autres questions difficiles demeurent sans réponse. Par exemple, quelle proportion de son PIB le Canada devrait-il consacrer aux soins de santé? Quel serait un niveau adéquat de dépenses de soins de santé financées par l'État? Quel rôle devrait jouer le gouvernement fédéral sur le plan de la santé et, plus précisément, combien d'argent devrait-il destiner aux soins? Quels facteurs pourraient expliquer la disparité des coûts de soins de santé entre les pays de l'OCDE? Peut-on tirer des leçons importantes de l'analyse de l'expérience internationale en vue d'une politique gouvernementale future au Canada? Ces questions et d'autres seront débattues lorsque le Comité examinera une série d'options concernant l'avenir du système de soins de santé canadien dans la phase quatre de son étude.

---

<sup>62</sup> ICIS, *Les soins de santé au Canada – Un premier rapport annuel*, 2000, p. 21.



## CHAPITRE CINQ

### L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE CONCEPT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Les Canadiens accordent beaucoup d'intérêt à la santé. Leur état de santé personnel, la santé des membres de leur famille et celle de leurs amis leur importent. Une bonne santé permet aux gens de mener une vie productive et satisfaisante. Pour le Canada dans son ensemble, un niveau élevé de santé contribue à une plus grande prospérité et une stabilité sociale générale. En conséquence, le niveau de santé global dont jouissent les Canadiens constitue un indicateur important de la réussite de notre société et de notre qualité de vie.

#### 5.1 L'état de santé des Canadiens

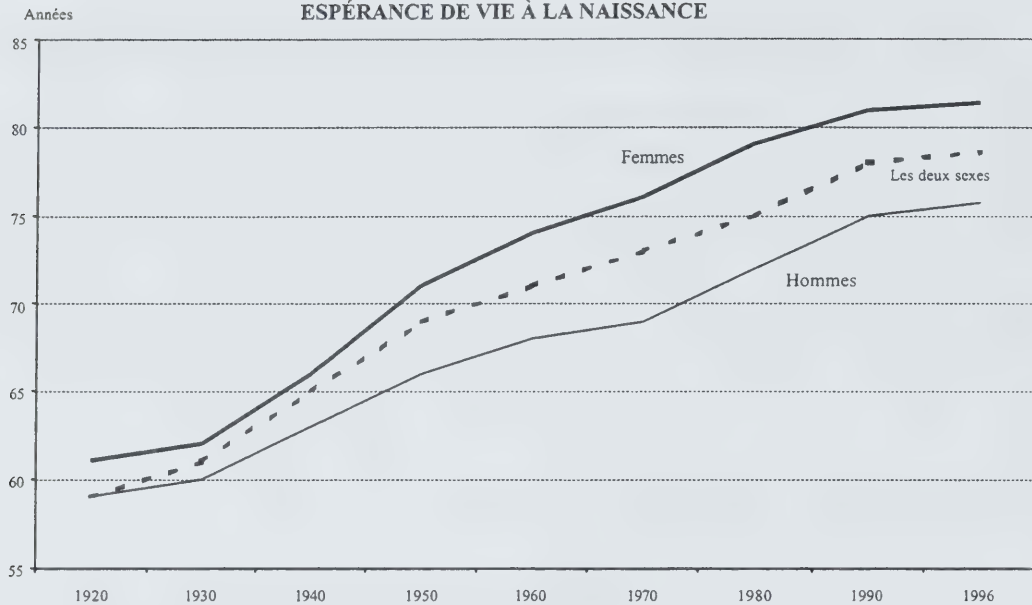
Il existe divers indicateurs de l'état de santé. L'espérance de vie, par exemple, est une mesure largement utilisée et internationalement reconnue pour décrire la qualité de la santé d'une population. Elle correspond à la durée de vie moyenne prévue pour une personne d'un âge donné compte tenu des taux de mortalité en cours.

*Depuis plusieurs décennies le bilan de santé des Canadiens ne cesse de s'améliorer, à un point tel que nous dépassons maintenant tous les autres pays. Nous sommes le deuxième pays au monde du point de vue de l'espérance de vie, juste après le Japon, et je m'attends à ce que nous passions au premier rang sous peu. Nous augmentons notre espérance de vie à un rythme encore plus rapide que le Japon, pays qui connaît en outre certaines difficultés.*

*Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, ICIS (14:33).*

Au cours du siècle dernier, l'espérance de vie s'est accrue de façon constante (voir graphique 5.1). En se fondant sur les taux de mortalité actuels, on peut calculer qu'une petite fille née au Canada en 1996 peut espérer vivre en moyenne jusqu'à l'âge de 81 ans, tandis qu'un petit garçon atteindra l'âge de 76 ans. Il s'agit d'un nouveau sommet pour le Canada. Quel que soit leur âge, les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes. Toutefois, depuis le début des années 80, l'écart quant à l'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes s'est rétréci.

**GRAPHIQUE 5.1**  
**ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE**



Source : Statistiques Canada, Statistiques canadiennes (<http://www.statcan.ca>), Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne, et Bibliothèque du Parlement.

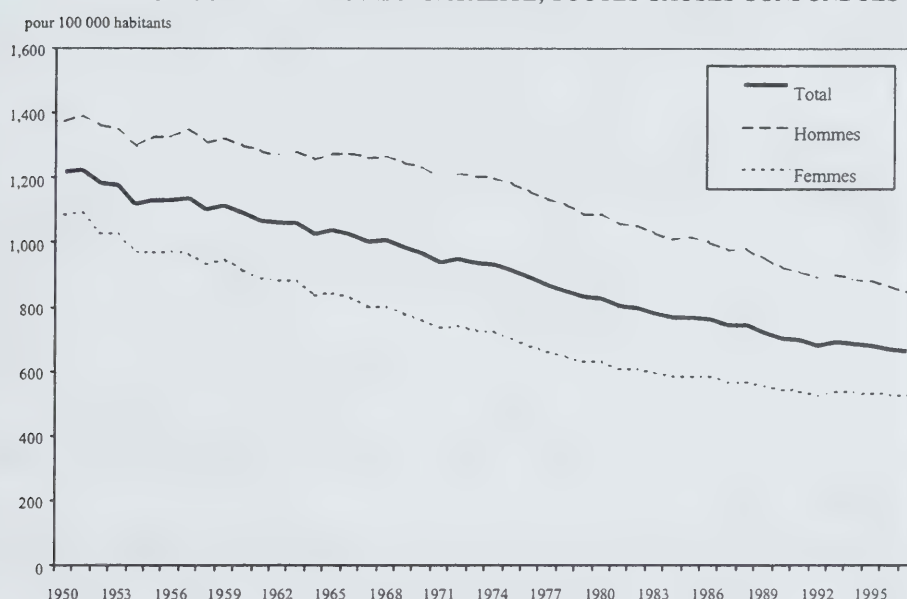
L'espérance de vie mesure uniquement les années. On met au point actuellement des indicateurs connexes qui permettent de savoir si la personne était, pendant ces années de vie, en bonne santé. Il y a, par exemple, l'espérance de vie sans incapacité, qui mesure les années de vie vécues à divers degrés d'autonomie. Ainsi, un enfant (garçon ou fille) né en 1991 pourrait espérer vivre en moyenne 69 ans – soit près de 90 % de sa longévité totale – sans avoir à faire face à des problèmes de santé invalidants. L'information tirée d'autres indicateurs, tels que l'espérance de vie pondérée par la qualité de l'existence et l'espérance de vie en bonne santé, n'est pas complète et il n'existe pas de tendances à long terme.

Il reste que les données sur l'espérance de vie et d'autres indicateurs connexes n'évoluent pas très rapidement; aussi est-il peu probable qu'il y ait des changements sensibles d'une année à l'autre. Par exemple, de 1986 à 1991, l'espérance de vie sans incapacité a augmenté de 1,2 an chez les hommes et de 0,6 an chez les femmes.

Le taux comparatif de mortalité (TCM) est un autre indicateur utile de l'état de santé. C'est une mesure du taux de mortalité qui est rajustée pour tenir compte de la répartition de la

population selon l'âge. Le graphique 5.2 décrit l'évolution du TCM chez les hommes et les femmes sur une période d'environ 47 ans. On peut noter que le TCM pour les deux sexes s'est continuellement amélioré pendant cette période. Plus précisément, il est passé de 1 375 décès pour 100 000 hommes en 1950 à 848 décès en 1987, et de 1 089 décès pour 100 000 femmes en 1950 à 524 en 1987.

**GRAPHIQUE 5.2**  
**TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ, TOUTES CAUSES CONFONDUES**



Source : Statistiques Canada, *Aoerçu des statistiques sur la santé*, no. 82F0075XCB au catalogue, 1999, et Bibliothèque du Parlement.

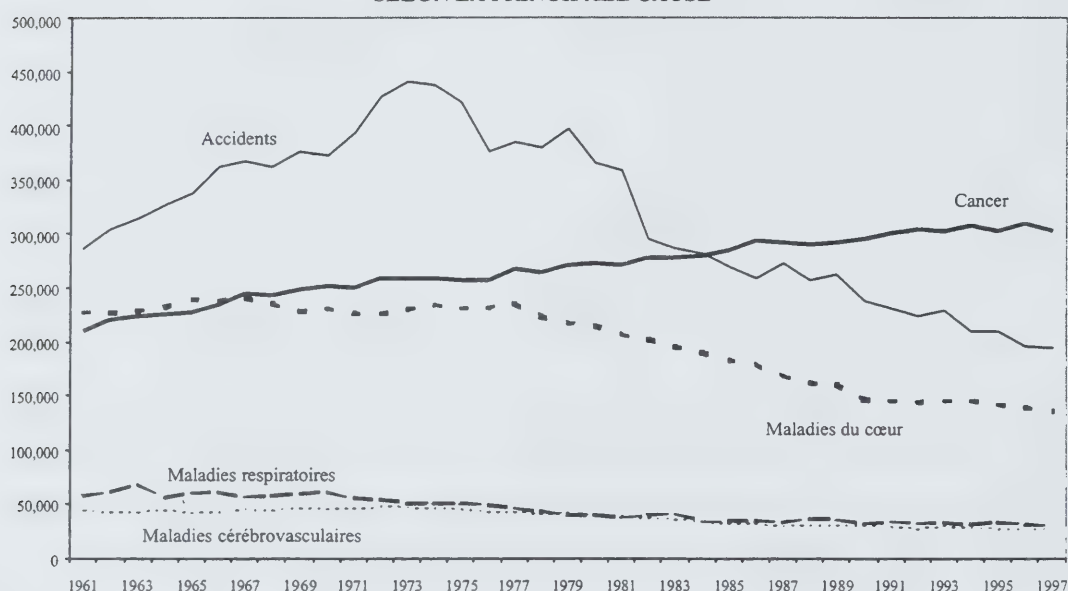
Un autre indicateur reconnu internationalement s'appelle « années potentielles de vie perdues » (ou APVP). Il mesure les années de vie perdues lorsqu'une personne meurt avant un âge donné, disons 75 ans. Une personne qui décède, par exemple, à l'âge de 25 ans a perdu 50 années de sa vie. L'indicateur APVP aide à identifier les causes des décès qui surviennent chez les personnes appartenant à des groupes d'âge plus jeunes et qui, en théorie, pourraient être prévenus ou retardés.

La tendance à long terme des APVP liées aux principales causes de décès est illustrée au graphique 5.3. En 1997, on a dénombré plus d'un million d'APVP, toutes causes confondues, les grandes responsables étant le cancer, les accidents et les maladies cardiovasculaires. Comme le graphique l'indique, le cancer demeure la principale cause des APVP



depuis 1984 et est la seule cause importante en constante progression. Les APVP dues à des accidents ont considérablement diminué depuis 1979. De même, au cours des deux dernières décennies, on observe une baisse des APVP attribuables aux maladies cardio-vasculaires, aux maladies respiratoires et aux accidents cérébrovasculaires. Ces résultats laissent supposer que le Canada a réussi à réduire la mortalité précoce au cours des trente dernières années.

**GRAPHIQUE 5.3**  
**ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES,**  
**SELON LA PRINCIPALE CAUSE**



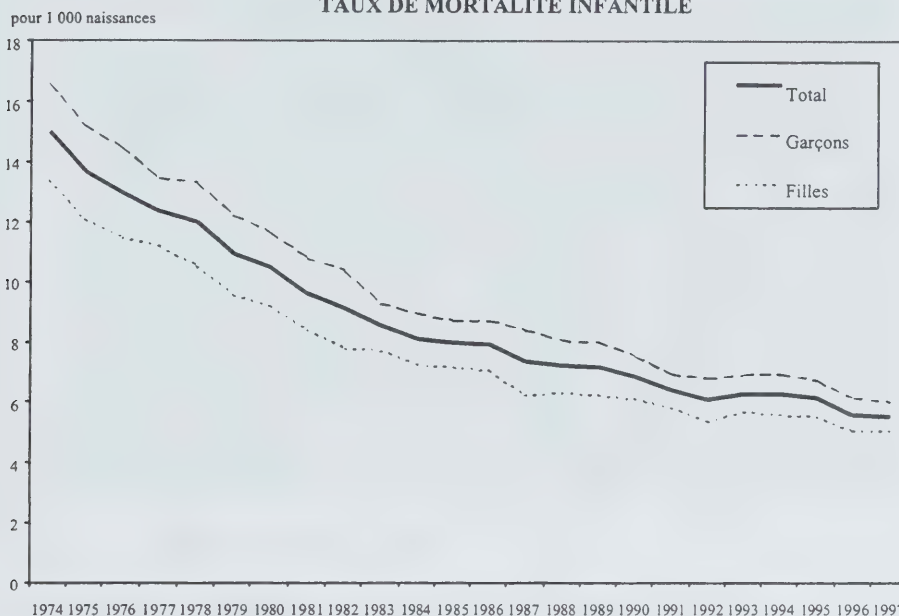
Source : Statistiques Canada, *Aperçu des statistiques sur la santé*, no. 82F0075XCB au catalogue, 1999, et Bibliothèque du Parlement.

La mortalité infantile est souvent utilisée comme un indicateur de base du développement social et économique. Le taux de mortalité infantile – bébés qui meurent au cours de la première année de leur vie – a sensiblement diminué au Canada au cours des 20 dernières années (voir graphique 5.4). En 1997, le taux de mortalité infantile était d'environ 6 décès pou 1 000 naissances, contre 15 pour 1 000 naissances en 1974.

Dans l'ensemble, l'état de santé des Canadiens s'est amélioré continuellement au cours des dernières décennies. Les Canadiens vivent plus longtemps, avec moins de limitations fonctionnelles à un âge avancé. Moins de bébés meurent pendant la première année de leur vie, et le nombre de décès prématurés dus aux principales causes, à l'exception du cancer,

continue de fléchir. Au regard de l'état de santé, quelle place occupe le Canada par rapport aux autres pays?

**GRAPHIQUE 5.4**  
**TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE**



Source : Statistique Canada, *Aperçu des statistiques sur la santé*, no. 82F0075XCB au catalogue, 1999, et Bibliothèque du Parlement.

## 5.2 Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays?

En 1998, l'espérance de vie à la naissance pour les Canadiens était de 79 ans. Le Canada se classait deuxième au chapitre de l'espérance de vie, juste derrière le Japon (80 ans), parmi les 25 pays affichant la plus longue espérance de vie (voir graphique 5.5). À titre de comparaison, les États-Unis occupaient la dernière position, à égalité avec le Luxembourg.

**GRAPHIQUE 5.5**  
**ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE (en années), 1998**



Source : Nations Unies, *Rapport mondial sur le développement humain*, 2000, et Bibliothèque du Parlement.

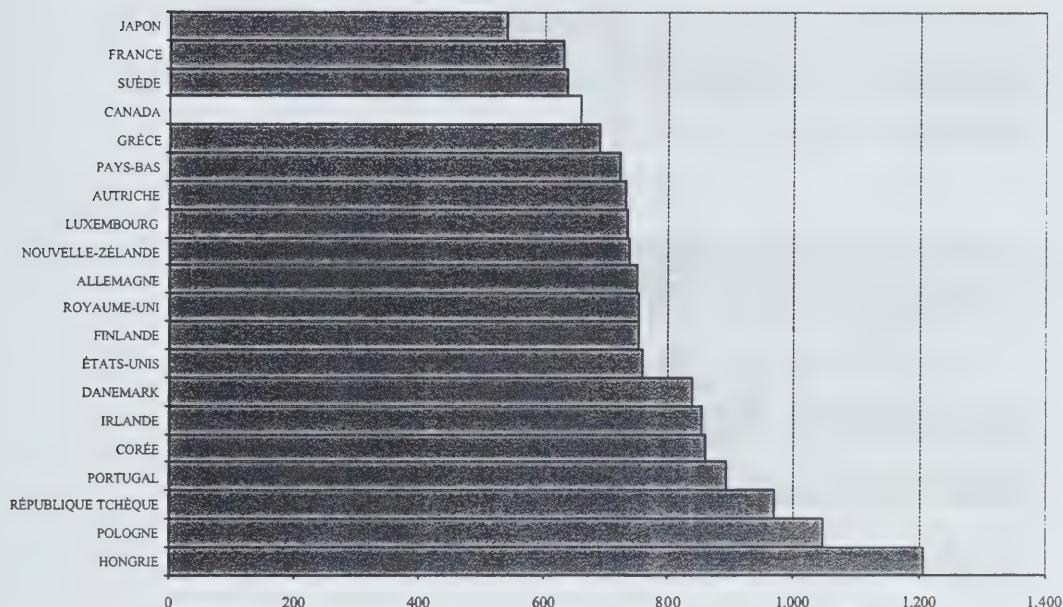
En ce qui concerne les taux comparatifs de mortalité, en 1996, le Canada arrivait au 4<sup>e</sup> rang parmi 20 pays de l'OCDE (voir graphique 5.6). Le Japon occupait la 1<sup>re</sup> place, suivi de la France et de la Suède. À titre de comparaison, l'Allemagne était au 10<sup>e</sup> rang, le Royaume-Uni au 11<sup>e</sup> et les États-Unis au 13<sup>e</sup>.

Par comparaison avec cinq autres pays industrialisés pour lesquels les données étaient connues, le Canada occupait, en ce qui a trait aux APVP pour 100 000 habitants, la 2<sup>e</sup> place pour les hommes et la 3<sup>e</sup> pour les femmes (voir graphique 5.7).

Comme au Canada, les taux de mortalité infantile ont chuté dans les autres pays industrialisés au cours des dernières décennies (voir graphique 5.8). En 1960, les taux variaient de 22 décès pour 1 000 naissances au Royaume-Uni à 44 décès pour 1 000 naissances en Italie. En 1996, les taux avaient chuté à 4 au Japon et à 7 aux États-Unis. Le taux de mortalité infantile au Canada est bien supérieur à celui du Japon, qui affiche le taux le plus faible au monde.

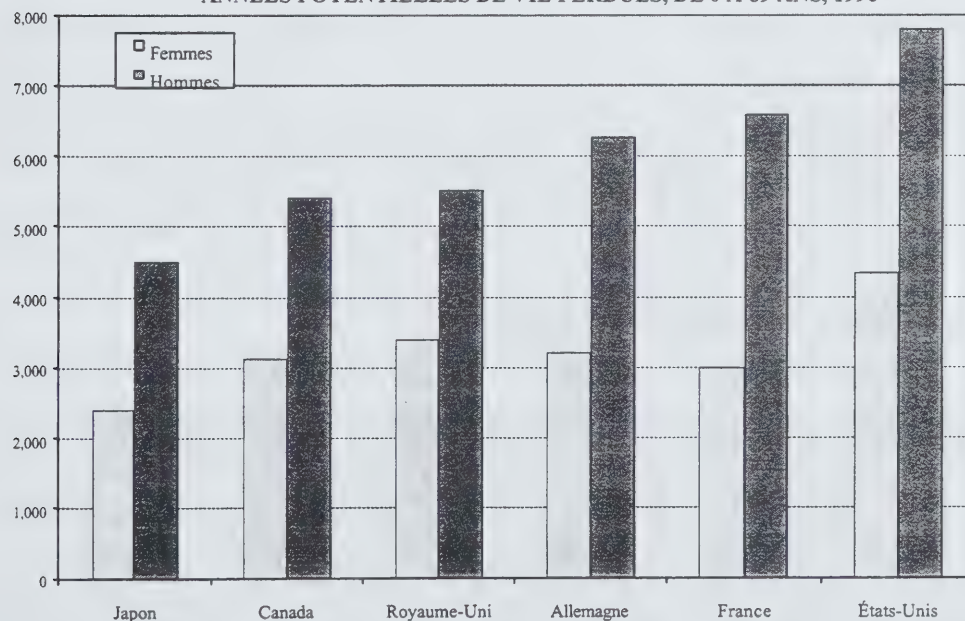


**GRAPHIQUE 5.6**  
**TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ POUR 100 000 HABITANTS, 1996**



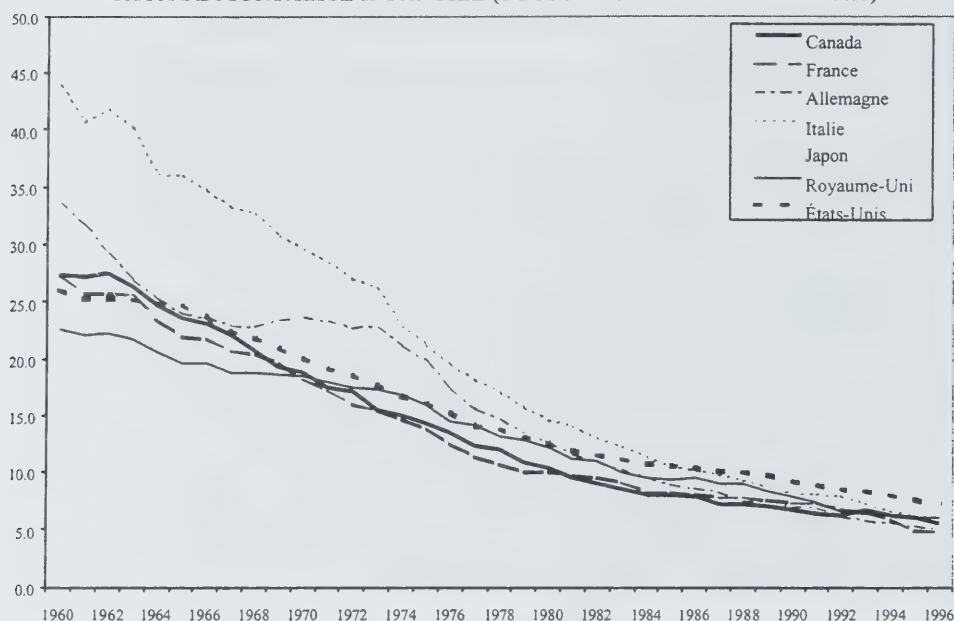
Source : Éco-santé OCDE 2000 et Bibliothèque du Parlement.

**GRAPHIQUE 5.7**  
**ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES, DE 0 À 69 ANS, 1996**



Source : Éco-santé OCDE 2000 et Bibliothèque du Parlement.

**GRAPHIQUE 5.8**  
**TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (DÉCÈS POUR MILLE NAISSANCES)**



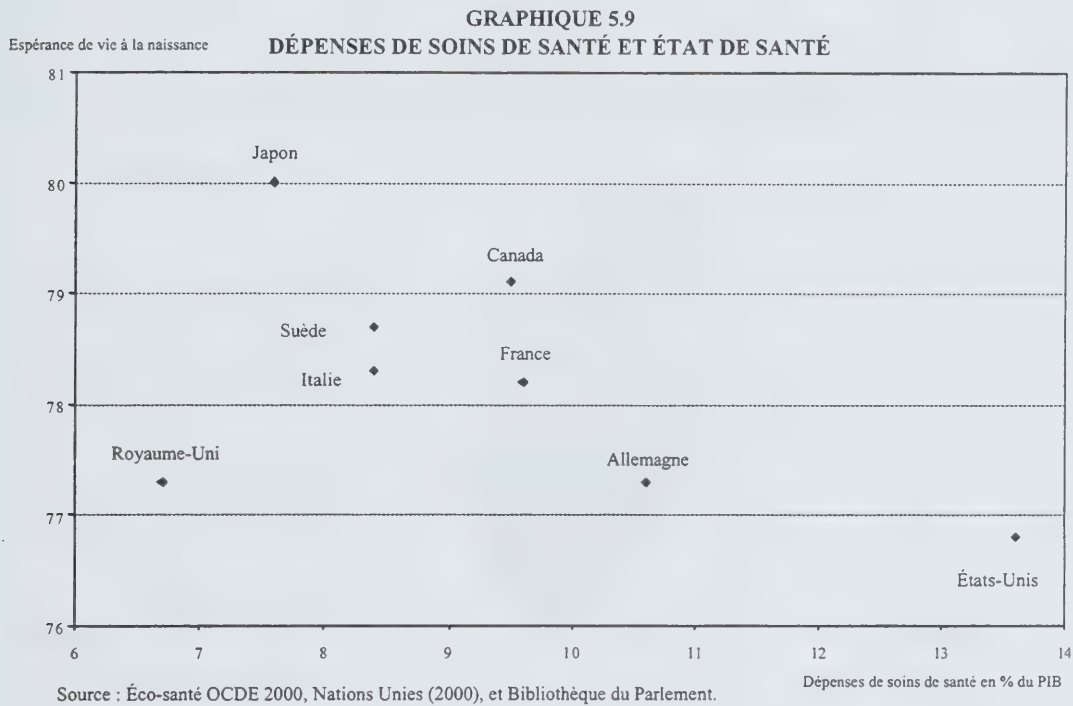
Source : Éco-santé OCDE 2000 et Bibliothèque du Parlement

Dans l'ensemble, selon de multiples indicateurs de santé, les Canadiens jouissent d'un niveau de santé qui compte parmi les plus élevés au monde. Le Canada se classe deuxième au chapitre de l'espérance de vie, juste derrière le Japon. Les taux de mortalité des Canadiens figurent parmi les plus faibles des pays de l'OCDE, juste derrière ceux de la France, de la Suède et de l'Australie. Des pays industrialisés, le Canada affiche le deuxième taux de mortalité prématurée parmi les plus bas. Bien que le taux de mortalité infantile du Canada demeure supérieur à celui du Japon, il est bien inférieur à celui des États-Unis.

### 5.3 Dépenses de santé et état de santé

Étonnamment, peut-être, il n'existe pas de lien certain entre les dépenses de soins de santé d'un pays et l'état de santé de sa population (voir graphique 5.9). Par exemple, les Japonais jouissent de l'espérance de vie la plus longue; néanmoins, le Japon se classe à l'avant-dernier rang quant au ratio au PIB des dépenses de soins de santé. À l'opposé, les États-Unis arrivent en première place quant au ratio des dépenses de soins de santé-PIB, mais leur espérance de vie compte parmi les plus faibles et leur taux de mortalité infantile, parmi les

plus élevés. Par ailleurs, la Suède et l'Italie présentent des niveaux de dépenses de soins de santé similaires, mais l'espérance de vie de leur population respective diffère. En outre, le Canada consacre moins d'argent à ses services de santé que les États-Unis, mais l'état de santé général des Canadiens est bien meilleur.



Il ressort que les dépenses qu'un pays affecte aux soins de santé n'ont pas nécessairement pour effet d'améliorer l'état de santé de sa population. En d'autres termes, l'état de santé d'une population dépend de nombreux facteurs, et les soins de santé n'en sont qu'un.

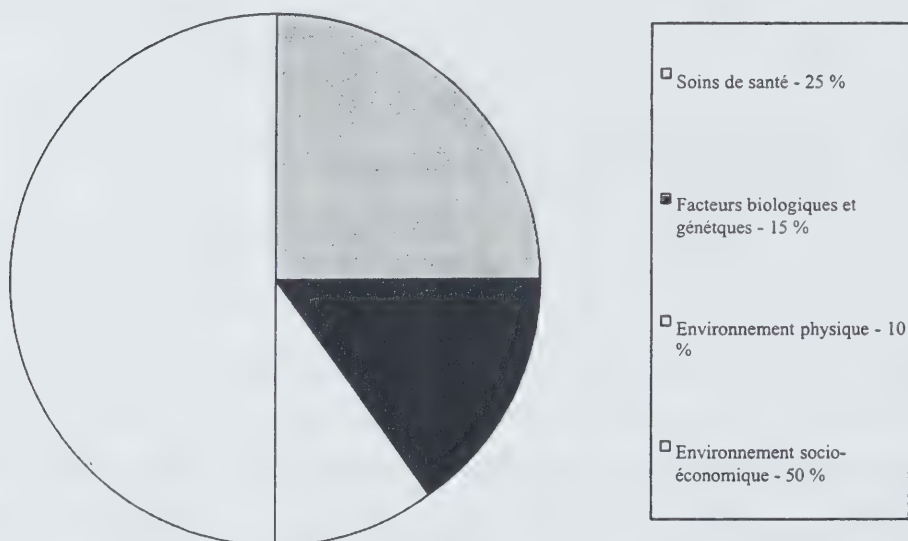
## 5.4 Le concept de santé de la population

Il est clair que l'état du système de soins influe sur notre santé. Des services tels que la vaccination des enfants, les médicaments visant à réduire l'hypertension de même que la chirurgie cardiaque améliorent la santé et contribuent au bien-être. Toutefois, un bon système de soins de santé ne représente qu'un seul des nombreux facteurs qui aident à maintenir la population en santé. Le graphique 5.10 reproduit une figure préparée par



l'Institut canadien de recherches avancées, que l'on peut consulter sur le site Web de Santé Canada. Selon l'information présentée dans cette figure, seulement 25 % de la santé d'une population dépendent du système de soins de santé; les 75 % restants sont attribuables à des facteurs tels que le patrimoine biologique et génétique, l'environnement physique et les conditions socio-économiques.

**GRAPHIQUE 5.10**  
**ESTIMATION DE L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**  
**SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION**



Source : Estimation de l'Institut canadien de recherches avancées; disponible sur le site Web de Santé Canada.

L'expression « santé de la population » sert à décrire la multiplicité et la gamme des facteurs qui influent sur la santé. L'expression « déterminants de la santé » est l'étiquette générale qu'on donne aux multiples facteurs qui, croit-on maintenant, contribuent à maintenir en santé la population. Même si on ne s'entend pas sur un ensemble définitif de déterminants de la santé ni sur leur importance relative, on est parvenu à un certain consensus au cours de la dernière décennie. La liste des déterminants de la santé présentée au tableau 5.1 a été fournie par Santé Canada. Il faut souligner que l'approche axée sur la santé de la population n'atténue pas les effets du système de soins de santé, elle ne fait qu'ajouter d'autres facteurs ou déterminants de la santé et tenir compte de l'interaction entre ces déterminants.

Contrairement à l'approche traditionnelle des soins de santé, centrée sur l'individu malade, les stratégies axées sur la santé de la population visent à améliorer la santé d'une population entière par des approches préventives généralisées qui tiennent compte des déterminants de la santé. Ces approches ont pour but de prévenir les problèmes de santé avant qu'ils ne se répercutent sur le système de soins de santé.

*Chaque fois que l'on voit une personne qui reçoit des soins – je mets l'accent ici sur les soins primaires en particulier – il est essentiel de tenir compte du milieu d'où provient cette personne : c'est-à-dire les influences sociales, économiques, physiques et environnementales qui influent sur la vie de cette personne.*

*Robert McMurtry, chaire G.D.W. Cameron,  
Santé Canada (8:24)*

Le concept de santé de la population n'est pas nouveau. En 1974<sup>63</sup>, le ministre fédéral de la Santé de l'époque, l'honorable Marc Lalonde, a publié un document de travail intitulé *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*. On soutient dans ce document que la bonne santé n'est pas uniquement le résultat de soins médicaux. Par exemple, on avance que les changements dans les habitudes de vie ou dans les environnements sociaux et physiques amélioreraient probablement plus l'état de santé des Canadiens que si l'on consacrait davantage d'argent à la prestation de soins de santé. Le rapport définit quatre principaux déterminants de la santé : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé<sup>64</sup>.

Le rapport qu'a publié Jake Epp en 1986, alors qu'il était ministre fédéral de la Santé, intitulé *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, a jeté un nouvel éclairage dans le domaine de la santé de la population en mettant l'accent sur les grands facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influent sur la santé<sup>65</sup>.

<sup>63</sup> Ce survol de l'évolution de l'approche axée sur la santé de la population au Canada se fonde sur un document intitulé *Initiatives sur la santé de la population canadienne*, qui a été fourni au comité par Santé Canada.

<sup>64</sup> Marc Lalonde, ministre de Santé et Bien-être social Canada, *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens – Un document de travail*, Ottawa, avril 1974, p. 31.

<sup>65</sup> Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, 1986.

**TABLEAU 5.1**  
**PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**

PRINCIPAUX DÉTERMINANTS	POSTULATS
Revenu et situation sociale	<p><b>La santé s'améliore en proportion du revenu et de l'ascension dans la hiérarchie sociale.</b></p> <p>Un revenu élevé détermine des conditions de vie telles que l'accès à un logement sécuritaire et la capacité d'acheter des aliments sains en quantité suffisante. Les sociétés prospères et dont les richesses sont équitablement partagées ont les populations les plus saines.</p>
Réseaux de soutien social	<p><b>Le soutien offert par la famille, les amis et la collectivité est lié à une meilleure santé.</b></p> <p>L'importance que l'on accorde à l'adoption de mesures efficaces à l'égard du stress et au soutien de la famille et des amis permet d'établir des relations d'affection et de solidarité qui aident à prévenir les problèmes de santé.</p>
Éducation	<p><b>Plus le niveau d'instruction de la personne est élevé, plus elle jouit d'une meilleure santé.</b></p> <p>L'éducation augmente les chances d'une personne d'assurer sa sécurité sur le plan financier et d'avoir une sécurité d'emploi, et permet un plus grand contrôle sur les circonstances de la vie – quelques-uns des déterminants clés de la santé.</p>
Emploi et conditions de travail	<p><b>Le chômage, le sous-emploi et le travail stressant sont associés à une mauvaise santé.</b></p> <p>Les personnes qui exercent davantage de contrôle sur leurs conditions de travail et qui sont moins exposées au stress lié à l'emploi jouissent d'une meilleure santé et souvent vivent plus longtemps que celles qui exercent un emploi et des activités plus stressants ou risqués.</p>
Environnement sociaux	<p><b>L'ensemble des valeurs et des normes en vigueur dans une société influe de diverses façons sur les pratiques sanitaires des individus et de l'ensemble de la population.</b> En outre, la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, de saines relations de travail et la cohésion de la famille et de la communauté forment un ensemble de conditions sociales favorables qui réduisent ou permettent d'éviter un grand nombre des risques pour la santé. Des études ont montré qu'un faible soutien affectif et une faible participation à la société sont associés à la mortalité attribuable à toute cause.</p>
Environnements physiques	<p><b>Les aspects physiques de l'environnement naturel (comme la qualité de l'air et de l'eau) ont une profonde influence sur la santé.</b> Les éléments présents dans l'environnement créé par l'humain, tels que le logement, la sécurité en milieu de travail, l'aménagement de la collectivité et du réseau routier, exercent également une profonde influence.</p>



Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles	<p>Les environnements sociaux qui encouragent et appuient les bonnes décisions en matière de santé et les modes de vie sains, de même que les connaissances, les intentions, les attitudes et les habiletés d'adaptation qui favorisent l'adoption de comportements sains, sont des déterminants clés de la santé.</p> <p>Les recherches portant sur les maladies du cœur et les problèmes touchant les enfants défavorisés indiquent que les processus biochimiques et physiologiques relient l'expérience socio-économique individuelle aux conditions vasculaires et à d'autres problèmes de santé.</p>
Développement sain de l'enfance	<p>L'effet des expériences prénatales et des expériences vécues dans la petite enfance sur l'état de santé ultérieur, le bien-être, les habiletés à l'adaptation et les compétences est considérable.</p> <p>Les enfants nés dans des familles à faible revenu ont plus de chances que ceux qui sont nés dans des familles à revenu élevé de souffrir d'une insuffisance pondérale, de manger des aliments moins nutritifs et d'avoir plus de difficultés à l'école.</p>
Patrimoine biologique et génétique	<p>L'ensemble des caractères biologiques et organiques de base du corps humain est un déterminant fondamental de la santé.</p> <p>Le patrimoine génétique prédispose la personne à toute une gamme de réactions qui ont une incidence sur l'état de santé. Même si les facteurs socio-économiques et environnementaux sont des déterminants importants de la santé en général, dans certaines circonstances, le patrimoine génétique prédispose certaines personnes à des maladies particulières ou à des problèmes de santé.</p>
Services de santé	<p>Les services de santé, surtout ceux qui visent à maintenir et à promouvoir la santé ou à prévenir la maladie, contribuent à l'état de santé de la population.</p>
Sexes	<p>Le mot sexe fait ici référence à toute la gamme des rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs ainsi que de l'influence et du pouvoir relatifs que la société attribue aux deux sexes en les différenciant.</p> <p>Les normes associées aux « sexes » influent sur les pratiques et les priorités du système de soins de santé. Un grand nombre de problèmes de santé sont fonction de la situation sociale ou des rôles des deux sexes. Les femmes par exemple sont plus vulnérables à l'agression sexuelle ou à la violence physique dirigée contre elles en tant que telles; elles sont aussi plus susceptibles de faire partie des familles à faible revenu, d'être monoparentales et d'être exposées à des risques et à des menaces pour la santé sexospécifiques (comme les accidents, les MTS, le suicide, le tabagisme, l'abus de substances psychoactives, les médicaments d'ordonnance, l'inactivité physique).</p>

Culture	Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à des risques additionnels pour leur santé à cause d'un milieu socio-économique déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture, et le manque d'accès à des soins et à des services de santé adaptés à la culture du patient.
---------	--

*Source : Santé Canada, Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population, document de travail, décembre 1996, p. 15-16; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens, Ottawa, 1994, p. 2-3.*

Le rapport Epp voyait la promotion de la santé comme un complément au système de soins de santé et comme un moyen de réduire les inégalités sur le plan de la santé entre les divers groupes socio-économiques; de prévenir la fréquence des blessures, les maladies, les conditions chroniques et les handicaps qui en résultent; et d'améliorer la capacité des gens à faire face aux maladies chroniques, aux handicaps et aux problèmes de santé mentale.

En 1989, l'Institut canadien de recherches avancées a soutenu que les déterminants individuels de la santé n'agissent pas isolément. Plutôt, c'est l'interaction complexe entre les divers déterminants qui peut avoir un effet beaucoup plus important sur la santé. Ces interactions peuvent aider à expliquer pourquoi certains groupes de Canadiens sont en meilleure santé que d'autres, en dépit du fait que tous les Canadiens ont un accès égal aux services de santé.

*Cette perception nouvelle qui influe sur nos croyances en matière de santé tient au fait que, de plus en plus, nous comprenons que l'environnement dans lequel la personne vit et travaille pendant sa vie a des répercussions importantes sur la santé physique et mentale.*

*D<sup>r</sup> J. Fraser Mustard, mémoire présenté au Comité 22 mars 2000 n 7*

En 1994, l'approche axée sur la santé de la population a été officiellement entérinée par les ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans un rapport intitulé *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*<sup>66</sup>. Ce rapport a résumé ce que l'on connaissait à l'époque des déterminants de la santé au sens large et défini le cadre qui sert de guide à l'élaboration des politiques et des stratégies centrées sur l'amélioration de la santé de la population.

<sup>66</sup> Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, 1994.

En 1997, le Forum national sur la santé a fait avancer la réflexion sur la question des déterminants de la santé. Ses participants ont souligné l'importance de travailler non seulement avec les ministères de la Santé, mais aussi avec différents secteurs, afin d'agir sur les déterminants de la santé. Ils ont proposé la mise sur pied d'un « Institut de la santé de la population » afin d'améliorer le processus décisionnel dans le domaine de la santé en donnant et en favorisant un point de vue axé sur la santé de la population dans la recherche et l'élaboration des politiques en matière de santé.

En réponse à la recommandation du Forum, le gouvernement fédéral a lancé en 1999 l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC). Établie sous l'égide de l'ICIS, l'initiative a pour but de réunir les chercheurs et les analystes du pays. Elle s'appuie sur les bases de données existantes et vise à créer une infrastructure statistique qui formera l'assise de la recherche sur la santé de la population. Grâce à ce projet, on pourra regrouper et analyser des données, établir des normes et des définitions pour ces dernières, diffuser des rapports publics sur l'état de santé général de la population et sur le rendement du système de soins de santé, et disposer d'un organisme-ressource pour l'élaboration et l'évaluation des politiques gouvernementales. Le premier conseil d'administration de l'ISPC a été annoncé le 3 février 2000. On procède actuellement à la mise au point d'un programme de recherche ainsi que de stratégies relatives à la diffusion et à la communication de l'information.

Encore une fois en 1999, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a publié un rapport intitulé *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, qui soutient l'idée que l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de la population requiert la participation de nombreux secteurs<sup>67</sup>. Selon ce rapport, l'action intersectorielle – la collaboration au sein des organisations et des secteurs, et aussi entre eux – fait appel à la participation du public et des gouvernements, du secteur bénévole, du secteur privé, des entreprises, des spécialistes et des consommateurs dans les domaines de la santé, de la justice, de l'éducation, des services sociaux, de la finance, de l'agriculture, de l'environnement, etc.

---

<sup>67</sup> Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Ottawa, juin 1999.



Après la publication du deuxième rapport sur la santé de la population canadienne (septembre 2000), tous les ministres de la Santé, fédéral, provinciaux et territoriaux, ont convenu des priorités d'action suivantes à l'égard des conditions sous-jacentes de la bonne ou de la mauvaise santé des Canadiens :

- renouveler et réorienter le secteur de la santé;
- investir dans la santé et le bien-être de groupes clés de la population;
- améliorer la santé en réduisant les inégalités d'alphabétisation, d'instruction et de revenu.

### **5.5 Qu'est-ce qui fait que les Canadiens sont en bonne ou en mauvaise santé?**

L'état de santé des Canadiens n'est pas uniforme. Notre système de soins de santé universel a donné un accès équitable aux services assurés, mais pas nécessairement une bonne santé pour tous. De multiples indicateurs montrent des écarts entre les riches et les pauvres qui ne peuvent s'expliquer uniquement par un accès inégal aux services de santé. Les disparités dans l'état de santé sont fonction de l'emplacement géographique, des facteurs démographiques, des conditions socio-économiques, des différences entre les sexes, etc.

*Ce bon résultat général sur la santé des Canadiens ne doit cependant pas cacher certains éléments troublants, étant donné que ce ne sont certainement pas tous les Canadiens qui bénéficient de cette bonne santé. Les autochtones, en particulier, ont une espérance de vie qui est de cinq, sept ou 12 années inférieure, selon le critère utilisé. De toute façon, les gens des régions du Nord, des zones rurales et des zones urbaines à faibles revenus ont une espérance de vie remarquablement plus faible que les Canadiens plus prospères. Il y a donc des problèmes.*

*Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, ICIS, 14:33.*

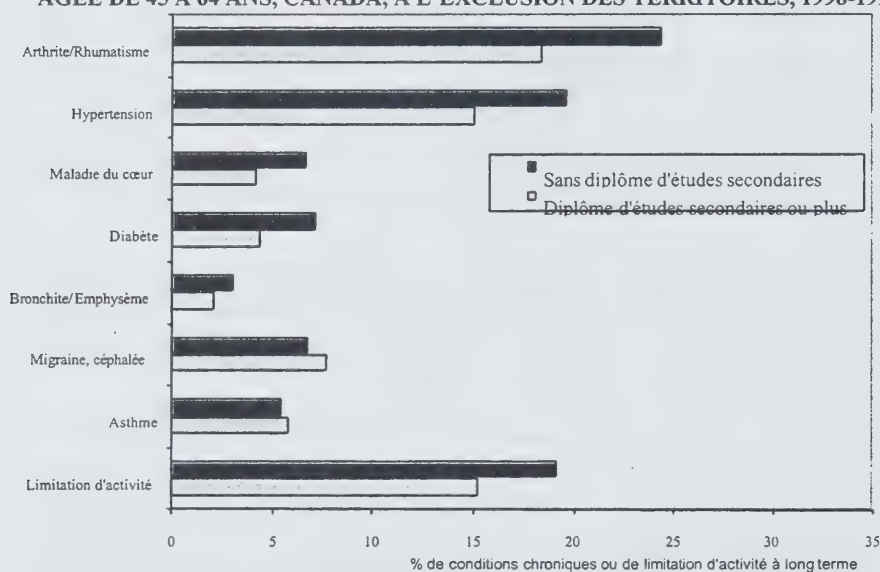
Un exemplaire du document intitulé *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* a été présenté au Comité<sup>68</sup>. Ce rapport détaillé fournit de l'information et des commentaires intéressants sur l'état de santé des Canadiens en utilisant l'approche axée sur la santé de la population. Il conclut notamment ce qui suit :

<sup>68</sup> Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé – Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, 1999.

- Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de mourir prématurément et de souffrir de maladies que les Canadiens à revenu élevé.
- De grandes inégalités dans la répartition du revenu se traduisent par une augmentation des problèmes sociaux et une moins bonne santé au sein de la population dans son ensemble.
- Les Canadiens ayant de faibles capacités de lecture et d'écriture sont plus susceptibles d'être en chômage et de vivre dans la pauvreté, d'être en mauvaise santé et de mourir prématurément que les Canadiens qui jouissent de plus grandes capacités.
- Les Canadiens ayant un niveau de scolarité supérieur ont un meilleur accès à un environnement physique sain et sont mieux en mesure de préparer leurs enfants à l'école que les gens moins instruits. Ils ont aussi tendance à moins fumer, à être plus actifs physiquement et à avoir une alimentation plus saine.
- Les études en neurobiologie ont confirmé que les expériences vécues de la période de la conception jusqu'à l'âge de six ans ont le plus d'incidences sur le « réseautage » et le modelage des neurones du cerveau. La stimulation positive dans les premières étapes de la vie améliore les capacités d'apprentissage, les comportements et la santé jusqu'à l'âge adulte.
- Le vieillissement n'est pas synonyme de mauvaise santé. Une vie active et les occasions d'apprentissage tout au long de la vie peuvent être particulièrement importantes pour la conservation à un âge avancé d'un bon état de santé et des capacités cognitives.
- Malgré une réduction des taux de mortalité infantile, l'amélioration du niveau de scolarité et une diminution de l'abus de substances psychoactives dans bon nombre des collectivités autochtones, les membres des Premières nations et les Inuits sont plus susceptibles de contracter des maladies et de mourir prématurément que la population canadienne dans son ensemble.
- Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de mourir prématurément des suites d'une maladie du cœur, de blessures non intentionnelles mortelles, du cancer et du suicide. Les femmes sont plus susceptibles de souffrir de dépression, d'un trop grand stress, de conditions chroniques ainsi que de blessures résultant de la violence familiale pouvant aussi entraîner la mort.
- Les Canadiens plus âgés sont de loin plus susceptibles que les plus jeunes de souffrir de maladies physiques, mais les membres des groupes d'âge plus jeunes affichent les plus bas niveaux de bien-être psychologique.

Selon une récente étude réalisée par Statistique Canada, les conditions chroniques et les limitations d'activité sont plus fréquentes chez les personnes âgées de 45 à 64 ans ayant un niveau de scolarité et de revenu inférieur. En 1998-1999, des maladies tels l'arthrite ou le rhumatisme, l'hypertension, la cardiopathie, le diabète, la bronchite ou l'emphysème et les limitations d'activité étaient plus souvent répandues chez les personnes sans diplôme secondaire (voir graphique 5.11). Ces conditions, ainsi que l'asthme, les migraines et les céphalées, étaient également plus répandues chez les personnes à revenu faible ou moyen-inférieur que chez celles disposant d'un revenu plus élevé (voir graphique 5.12).

**GRAPHIQUE 5.11**  
**PRÉVALENCE DES CONDITIONS CHRONIQUES OU DES LIMITATIONS**  
**D'ACTIVITÉ À LONG TERME SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION**  
**ÂGÉE DE 45 À 64 ANS, CANADA, À L'EXCLUSION DES TERRITOIRES, 1998-1999**



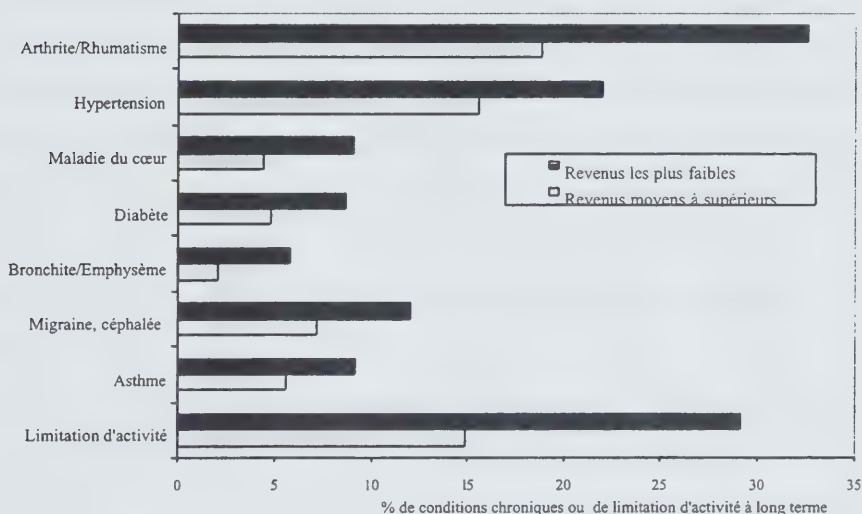
Source : Statistique Canada, "L'âge mur", *Rapports sur la santé*, no. 82-003 au catalogue, hiver 1999, vol. 11, no. 3.

On constate également des écarts importants dans les taux de mortalité infantile entre les différentes catégories de revenu. Statistique Canada signale que les taux de mortalité infantile sont plus élevés en milieu urbain très défavorisé et plus faibles en milieu urbain très favorisé. Le graphique 5.13 révèle que, même si l'écart observé s'est rétréci, le taux de mortalité infantile relevé en 1996 dans les régions les plus défavorisées du Canada (6,5 pour 1 000) était encore supérieur des deux tiers à celui des régions les plus favorisées (3,9 pour 1 000). Selon Statistique Canada, si le taux pour l'ensemble du Canada avait été aussi faible que celui



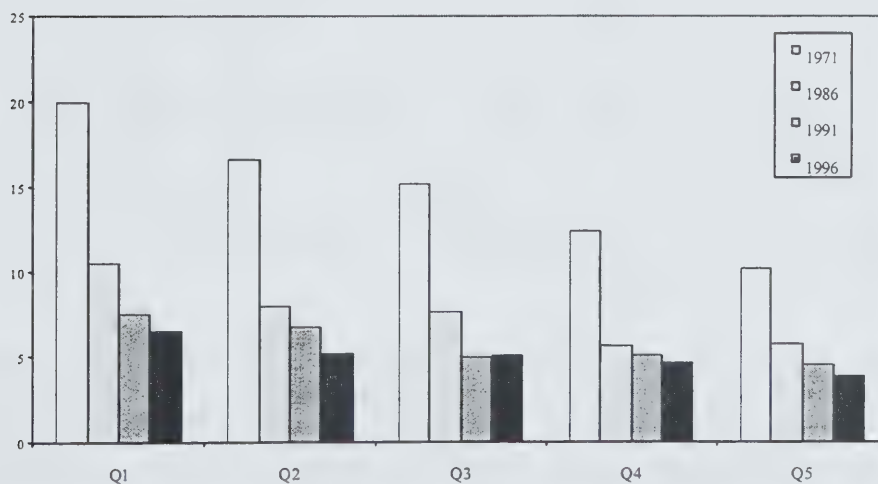
des régions les plus favorisées, le nombre de décès au cours de la première année de vie aurait été inférieur de 500 en 1996<sup>69</sup>.

**GRAPHIQUE 5.12**  
PRÉVALENCE DE CONDITIONS CHRONIQUES OU DE LIMITATION  
D'ACTIVITÉ À LONG TERME SELON LE REVENU, POPULATION  
AGÉE DE 45 À 64, CANADA À L'EXCLUSION DES TERRITOIRES, 1998-1999



Source : Statistique Canada, "L'âge mur" *Rapports sur la santé*, no. 82-003 au catalogue, Hiver 1999, Vol. 11, No. 3.

**GRAPHIQUE 5.13**  
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE PAR QUINTILE DE REVENU SELON LES  
QUARTIERS, RÉGIONS URBAINES DU CANADA



Source : Statistique Canada, "État de santé des enfants", *Rapports sur la santé*, no. 82-003 au catalogue, Hiver 1999, Vol. 11, no. 3.

<sup>69</sup> Statistique Canada, « État de santé des enfants », *Rapports sur la santé*, n° 82-003 au catalogue, hiver 1999, vol. 11, n° 3.

## 5.6 Commentaires du Comité

Bien que de nombreux Canadiens jouissent de niveaux de santé élevés et que, à la lumière de la plupart des principaux indicateurs de santé, le Canada occupe une position bien supérieure à celle d'autres pays, il y a certainement matière à amélioration. On relève des disparités en matière de santé qui sont liées à l'âge, aux conditions socio-économiques, au sexe, etc. De nombreux témoins ont déclaré au Comité qu'il est impératif de réduire ces disparités si l'on veut améliorer l'état de santé général des Canadiens. À leur avis, la seule solution est une approche globale axée sur la santé de la population.

Les témoins ont également souligné le fait qu'il est nécessaire de mieux comprendre les liens entre l'état de santé et ses différents déterminants. Nous ignorons comment les variations des dépenses de soins de santé se répercutent sur la santé d'une population. Nous sommes peu au courant de l'incidence d'autres politiques publiques sur l'état de santé, comme un récent rapport l'a fait ressortir :

Notre compréhension des facteurs qui touchent la santé à moyen et à long terme est encore bien fragmentaire. Par exemple, on ignore l'efficacité à long terme de procédures ou d'interventions qui, parfois, se font concurrence – telles qu'un pontage et l'angioplastie percutanée transluminale. Dans le cas du cancer de la prostate, quels sont les mérites respectifs de la chimiothérapie, de la chirurgie et de la simple attente à des fins d'observation? Comment les interventions à caractère psychologique modifient-elles les résultats? Quels risques pour la santé présentent différents métiers et professions? Quels sont les effets à long terme de nombreux risques environnementaux? Dans quelle mesure, si mesure il y a, les dispositions relatives à « l'égalité d'accès » contenues dans la *Loi canadienne sur la santé* profitent-elles aux personnes à faible revenu ou peu scolarisées<sup>70</sup>?

Dans son témoignage, Sholom Glouberman a soulevé la question suivante : étant donné que les soins de santé ne sont qu'un facteur parmi tant d'autres déterminants de la santé, quel rôle les ministres de la Santé peuvent-ils ou devraient-ils jouer dans l'établissement de stratégies axées sur la santé de la population? Précisément, il a mentionné ce qui suit au Comité :

Le ministère de la Santé se trouve devant un dilemme, étant donné que les principaux facteurs qui favorisent la santé ne sont pas du domaine de la santé. Il s'agit plutôt du statut social, du contrôle sur le travail et du niveau d'instruction, des domaines sur lesquels le ministère de la Santé n'exerce aucun pouvoir. S'il en assume la responsabilité, les autres ministères risquent de le considérer comme un « impérialiste de la santé ». Comment résoudre ce genre de problèmes<sup>71</sup>?

Puisque de multiples facteurs déterminent l'état de santé d'une population, la collaboration et l'action intersectorielle deviennent de toute évidence nécessaires. Selon Marc Lalonde, le ministre fédéral de la Santé doit agir comme chef de file. Il faut aussi, selon lui, de nouvelles initiatives susceptibles d'améliorer la santé de la population canadienne, en particulier dans les domaines touchant la promotion de la santé et la prévention de la maladie :

Nous avons besoin d'un type d'action dont le ministre de la Santé peut être le chef de file, mais il ne peut être le seul acteur. Ce doit être une action collective du gouvernement, car dans presque tous les cas plusieurs ministères sont mis en jeu. Le coût n'est pas un problème. Un programme d'éducation publique sur l'obésité, par exemple, a un coût insignifiant comparé au budget de la santé. Ce qu'il faut, c'est la volonté de mettre en place des programmes et de les maintenir<sup>72</sup>.

---

<sup>70</sup> Comité consultatif sur l'infrastructure de la santé, *Voies vers une meilleure santé : Rapport final*, Ottawa, février 1999, p. 4-1.

<sup>71</sup> Sholom Glouberman (9:9).

<sup>72</sup> L'hon. Marc Lalonde (15:15).





## CHAPITRE SIX

### MYTHES ET RÉALITÉS

Le débat qui entoure actuellement le système de soins de santé du Canada est source d'une grande confusion. En effet, il est alimenté par des faits autant que par de fausses conceptions ou des idées erronées quant à la santé, aux soins de santé, au financement des soins et aux coûts des soins de santé. Ce débat est toutefois important, car il prépare le terrain des réformes de demain. Le Comité croit donc qu'il importe, pour éclairer le débat et l'étayer par des faits, de mettre en

*D'après les faits, et comparativement à d'autres systèmes, notre système de soins, pour ce qui est de la santé des canadiens, n'est pas véritablement en situation de crise. Cependant, d'après l'image que nous en avons, la situation est critique. ... La crise est attribuable en partie aux mythes, aux croyances et aux valeurs liés aux soins de santé.*

*D' J. Fraser Mustard, Mémoire au Comité, p. 1*

perspective un certain nombre d'arguments. Dans les sections qui suivent, nous présentons quelques-unes des notions les plus courantes ainsi qu'une courte analyse de celles-ci, afin de distinguer entre mythe et réalité. Nous espérons que cet exposé contribuera à une meilleure compréhension des enjeux fondamentaux des soins de santé.

#### 6.1 Mythes entourant l'escalade des coûts des soins de santé

**Mythe :** La cause la plus importante de la hausse des dépenses en soins de santé est liée à l'augmentation des besoins des Canadiens âgés.

**Réalité :** Les personnes de 65 ans et plus recourent davantage, en moyenne, aux services de santé que leurs cadettes. Cela dit, le vieillissement de la population n'est qu'un facteur parmi d'autres qui contribuent à la hausse des coûts des soins de santé. L'augmentation des dépenses dans le secteur des soins de santé tient à un mélange complexe de facteurs liés autant à la demande qu'à l'offre.

Les coûts des services de santé sont aussi influencés par d'autres déterminants, comme le recours aux nouvelles technologies, le coût des nouveaux médicaments, les besoins

changeants et les attentes du consommateur, et l'apparition de nouvelles maladies ou de nouvelles manifestations de maladies (p. ex. nouvelles souches de bactéries, retour en force de certaines maladies, telles que la tuberculose, les effets du réchauffement climatique sur la santé, le SIDA). Tous ces facteurs ont eu un effet important sur les coûts des soins de santé.

Quoiqu'il soit difficile de cerner ou de quantifier précisément l'incidence de chaque facteur, certains chiffres ont été mis à la disposition du Comité. Ainsi, selon le D<sup>r</sup> Robert McMurtry, la croissance annuelle des dépenses en soins de santé attribuable au vieillissement est d'environ 4,8 %. Il s'attend à ce que le pourcentage augmente de 0,6 % par an au cours des dix prochaines années<sup>73</sup>. Par ailleurs, dans une étude de l'OCDE parue en 1995, on indique qu'environ la moitié de la hausse des dépenses en soins de santé dans les pays de l'OCDE entre 1960 et 1990 pourrait être attribuée à des facteurs tels que les progrès technologiques, la multiplication de la main-d'œuvre et des installations de santé et la majoration du prix réel des intrants des soins de santé<sup>74</sup>.

**Mythe :** Il y a une escalade incontrôlée des dépenses en soins de santé au Canada.

**Réalité :** Comme nous l'avons dit au chapitre 4, il importe de soustraire l'effet de l'inflation pour pouvoir dégager les tendances à long terme en ce qui a trait aux dépenses de soins de santé. En effet, le dollar d'aujourd'hui n'équivaut pas à celui de 1975. Les données doivent être également pondérées selon la taille de la population.

Les dépenses en soins de santé par habitant, en dollars constants de 1992, ont bel et bien augmenté entre 1975

et le début des années 90, mais ont ensuite légèrement diminué entre 1992 et 1996. De même, le ratio des dépenses en santé au PIB, qui a augmenté durant la majeure partie des

*La notion qu'elle a accentuée, à savoir que les coûts des soins de santé sont extrêmement élevés était un mythe, mérite d'être répétée. (...) Durant les années 90, nous consacrons 10 p. 100 de notre PIB aux soins de santé. D'après les données statistiques annuelles les plus récentes, ce chiffre n'est plus que de 8,9 p. 100. Selon les projections pour 1998 et 1999, il devrait remonter pour atteindre environ 9,1 p. 100, soit bien en deçà de ce qu'il était auparavant.*

*D<sup>r</sup> Robert McMurtry,  
(2000)*

<sup>73</sup> D<sup>r</sup> Robert McMurtry (8:17).

<sup>74</sup> Howard Oxley et Maitland MacFarlan, *Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency*, Documents de travail du Service d'études économiques n° 149, OCDE, Paris, 1995.



années 70 jusqu'au début des années 90, a régulièrement fléchi entre 1992 et 1997. Le Canada a donc réussi à maîtriser ses dépenses totales en soins de santé au cours des dix dernières années.

**Mythe :** Le vieillissement de la population accaparera demain beaucoup plus de ressources des budgets de soins de santé que ce n'est le cas aujourd'hui.

**Réalité :** Comme nous l'avons indiqué plus haut, le cap des 65 ans marque, statistiquement parlant, une hausse des dépenses en soins de santé par habitant. Cela dit, la croissance annuelle des dépenses en soins de santé imputable au vieillissement est estimée à moins de 5 %. En outre, les Canadiens vivent de plus en plus longtemps et en meilleure santé. C'est donc dire que l'incidence prévue du vieillissement de la population doit peut-être être réévaluée. Alors qu'il est sage de garder l'œil sur les coûts associés au vieillissement, le véritable enjeu économique en matière de soins de santé réside ailleurs : il s'agit des soins de santé dispensés lors des six

*Il est clair que nous vivons plus longtemps. La corollaire de cette proposition est celle-ci: vivons-nous plus longtemps en meilleure santé ou non? Si nous vivons en meilleure santé, nous devrions nous attendre à ce que les coûts n'augmentent pas nécessairement avec le vieillissement. Les premières données démographiques publiées assez récemment par Statistique Canada montrent que nous vivons en fait à la fois plus longtemps et en meilleure santé. En conséquence, l'incidence prévisible sur le système de soins de santé ne sera pas nécessairement aussi forte qu'on a pu le penser.*

*Dr. John S. Millar, ICIS  
(14-39)*

derniers mois de la vie d'une personne, peu importe son âge. Les coûts des soins médicaux montent en flèche lorsque la vie d'une personne tire à sa fin. La conclusion est claire : les coûts des soins de santé sont moins influencés par le vieillissement de la population que par la croissance démographique.

## 6.2 Mythes entourant le financement public

**Mythe :** Le système de soins de santé canadien est entièrement financé par le secteur public.

**Réalité :** C'est faux! Selon les données de l'ICIS, 71 % des dépenses totales de santé en 2000 ont été imputées au secteur public, alors que 29 % ont été payées par le secteur privé.

Comme nous l'avons vu au graphique 4.7, le secteur public est la principale source de financement au chapitre de la santé publique (100 %), des soins hospitaliers (91 % et des services de médecins (99 %). Le privé intervient lorsqu'il s'agit d'éléments incomplètement visés par la *Loi canadienne sur la santé* (médicaments d'ordonnance, soins dentaires, soins de la vue, soins à domicile, etc.).

**Mythe :** Le seul problème est un manque d'argent. Si le gouvernement fédéral rétablissait les anciens niveaux de financement, les problèmes qui accablent le système de soins de santé seraient réglés.

**Réalité :** Bien qu'une injection supplémentaire de fonds publics puisse aider à résoudre les problèmes immédiats – longues listes d'attente, congestion des salles d'urgence, etc. – les témoins ont tous souligné l'importance de la stabilité et de la prévisibilité du financement fédéral. Dans la foulée de l'entente fédérale-provinciale sur le renouvellement des soins de santé, conclue le 11 septembre 2000, le gouvernement fédéral a adopté le projet de loi C-45, qui prévoit le versement de quelque 21 milliards de dollars en transferts monétaires supplémentaires au cours des cinq prochaines années. Selon lui, ce nouvel investissement assurera un financement stable, prévisible et croissant au titre du TCSPS.

Cela dit, de nombreux comités spéciaux et commissions ont eu pour tâche, au cours des dernières années, d'ausculter le système de soins de santé du Canada et de certaines provinces. Leurs conclusions ont été on ne peut plus claires : les problèmes que connaît notre système de soins de santé actuel ne seraient pas résolus même si les niveaux de financement d'hier étaient rétablis.

Au contraire, sans une nouvelle vision de ce que devrait être le futur système de soins de santé canadien, on courrait le risque de voir les nouvelles sommes investies exclusivement dans des secteurs traditionnellement financés par le secteur public (p. ex. les soins en hôpital ou en établissement de santé). Les témoins ont affirmé qu'avant de consacrer de nouveaux deniers publics aux soins de santé, il faut se poser trois questions essentielles : 1) Que sommes-nous prêts à sacrifier dans d'autres secteurs pour voir augmenter les investissements

en soins de santé? 2) Quel serait le rendement de notre investissement accru en soins de santé? 3) Quel est le meilleur équilibre entre la prévention et le traitement? En d'autres termes, l'affectation de ressources financières publiques limitées suppose certains compromis :

Plus on consacre d'argent au secteur de la santé, et vous savez que celui-ci représente aujourd'hui jusqu'à 40 p. 100 du budget de certaines provinces, moins on a d'argent pour d'autres choses comme les soins à la petite enfance. Il y a donc toujours un compromis à faire entre tous les besoins<sup>75</sup>.

[...] Tous reconnaissent que sans croissance économique, il est inutile d'accroître le financement du régime de soins de santé. L'argent ainsi investi ne pourrait être dépensé ailleurs, par exemple dans l'enseignement, le soutien du revenu, la création d'emplois, et cetera<sup>76</sup>.

[...] on essaie en quelque sorte de faire un compromis entre toutes ces notions. Nous essayons également, je présume, de tenir compte du fait que d'autres priorités en matière de dépenses ont tout autant d'importance. La santé est importante pour l'avenir du pays mais l'enseignement secondaire, la recherche et l'innovation aussi. Ils sont essentiels au développement de notre pays<sup>77</sup>.

### 6.3 Mythes entourant la *Loi canadienne sur la santé*

**Mythe :** La *Loi canadienne sur la santé* assure la prestation gratuite, partout au pays, des mêmes services de santé.

**Réalité :** Les services de santé régis par la *Loi canadienne sur la santé* sont déterminés selon le principe de la « nécessité médicale », qui relève du critère d'intégralité. Selon ce principe, tous les services nécessaires sur le plan médical fournis par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés par les régimes

[...] en vertu [du] critère [d'] intégralité de la LCS, les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé doivent assurer tous les services de santé médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes, aux personnes admissibles de la province ou du territoire. [...] la nécessité médicale n'est pas définie dans la loi et [...] c'est une question qui fait l'objet de négociations et qui peut susciter des divergences d'une province à l'autre.

Abby Hoffman, Santé Canada  
(13:13).

<sup>75</sup> Dr. John S. Millar (14:49).

<sup>76</sup> Professeure Colleen Flood, University of Toronto (14:18-19).



provinciaux d'assurance-santé. Il appartient à chaque gouvernement provincial, en collaboration avec la collectivité médicale, de déterminer quels services répondent à l'exigence de la « nécessité médicale ».

Lors de sa présentation, la professeure Raisa Deber a expliqué que la *Loi* accorde une importante marge de manœuvre, puisque les provinces, tenues de respecter la définition minimale des soins assurés, sont toutefois libres d'en déborder. Elle souligne que le critère d'intégralité impose une norme minimale et non pas maximale. Au fil des ans, les provinces ont élargi l'éventail des services couverts par leur régime public, mais elles ne l'ont pas fait de façon uniforme. Cela a eu pour effet de faire varier considérablement la couverture publique des services de santé d'une province à l'autre. Frank Fedyk, directeur intérimaire de la Division de la conformité à la Loi canadienne sur la santé de Santé Canada, a déclaré ceci :

Beaucoup de provinces ont des programmes de soins à domicile ou [de soins communautaires], mais c'est très inégal<sup>78</sup>[...].

Les programmes de soins palliatifs au Canada franchissent diverses étapes de développement, comme c'est le cas des autres services de santé à domicile. Certains sont très avancés et comprennent des visites à domicile du médecin, de l'infirmière et d'autres professionnels de la santé. Malheureusement cette évolution varie en effet d'une province à l'autre, et ces programmes ne sont pas visés par la loi fédérale. Par conséquent, on se retrouve avec une mosaïque, et il n'existe pas de normes nationales<sup>79</sup>.

Par ailleurs, la plupart des provinces ont désassuré certains services auparavant couverts sous leur régime public d'assurance-santé. Cela a contribué à élargir le fossé de la couverture publique entre les provinces. On trouve au tableau 6.1 une liste de quelques services de santé désassurés. Ainsi, l'enlèvement des verrues n'est plus couvert en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Alberta, en Saskatchewan ni en Colombie-Britannique, alors qu'il est toujours financé par le régime public à Terre-Neuve, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard. De plus, la protection varie considérablement dans le domaine des soins génésiques. Tandis que la gastroplastie est couverte par l'assurance-santé

---

<sup>77</sup> Guillaume Bissonnette (17:6).

<sup>78</sup> Frank Fedyk (13:14).

<sup>79</sup> Frank Fedyk, (13:21).

dans la plupart des provinces, elle ne l'est pas au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse ni au Yukon. Les habitants de ces provinces doivent donc payer de leur poche cette intervention chirurgicale.

**TABLEAU 6.1**  
**SERVICES DE SANTÉ DÉSASSURÉS, PAR PROVINCE**

<b>SERVICE (1)</b>	<b>PROVINCE</b>
Circoncision du nouveau-né	T.-N., Î.-P.-É., N.-É., N.-B., ONT., ALB., YK
Excision du xanthélasma (enlèvement d'amas de gras sur les paupières)	T.-N., N.-É., ONT.
Hypnothérapie	T.-N.
Extraction de dents enclavées	T.-N.
Otoplastie	T.-N., Î.-P.-É., N.-B., ONT., ALB.
Gastroplastie	N.-B., N.-É., YK
Détatouage	SASK., MAN., ONT.
Reperméabilisation tubaire	Î.-P.-É., N.-B., ONT., MAN., SASK., ALB., YK (service non assuré en N.-É. et en C.-B.)
Prothèses péniennes	N.-É., ONT., SASK.
Psychanalyse	MAN., QC
Examen de la vue (pour les gens âgés de 19 à 64 ans)	Î.-P.-É., N.-É., N.-B., QC, MAN., SASK., ALB.
Enlèvement de verrues ou de lésions cutanées bénignes	N.-É., N.-B., ONT., MAN., ALB., SASK., C.-B.
Deuxième examen ultrasonore ou examen ultrasonore subséquent lors d'une grossesse non complexe	N.-É., C.-B.
Fécondation in vitro	ONT., MAN. (service non assuré à T.-N., en N.-É. et dans les T.N.-O.)
Traitement sclérosant simple (traitement des varices)	QC, ONT., MAN. (service non assuré en N.-É.)
Insémination artificielle/intrautérine	N.-É., N.-B. (service non assuré en ALB.)
Évacuation de cérumen	N.-É.
Anesthésie associée à un service non assuré	N.-B., SASK., ALB.
Services chiropratiques	SASK.
Épilation des poils du visage	Î.-P.-É., ONT.
Réfraction oculaire	T.-N., SASK.
Chirurgie esthétique	ALB. (service non assuré à T.-N., en N.-É., à l'Î.-P.-É., au N.-B., au QC, au MAN., en SASK., en C.-B., au YK et dans les T.N.-O.)
Chirurgie de réduction/d'augmentation mammaire	N.-É., N.-B., ONT., C.-B.

(1) Sous réserve de certaines exceptions. Source : Santé Canada, Insured Services De-insured From 1990 by Province/Territory, cahier d'information préparé pour le Comité, section 12, février 2000.

**Mythe :** La *Loi canadienne sur la santé* interdit la participation du secteur privé à la prestation des services de santé.

**Réalité :** Le critère relatif à l'administration publique de la *Loi canadienne sur la santé* porte sur l'administration des régimes d'assurance provinciaux pour les services médicalement nécessaires et non sur la prestation des services de santé assurés. On y stipule que les régimes d'assurance-santé provinciaux doivent être administrés par un organisme public sans but lucratif. Dans la même veine, les régimes d'assurance privés ne peuvent pas couvrir des services assurés par le régime public. La *Loi* n'empêche toutefois pas les assureurs privés d'étoffer la couverture des régimes d'assurance-santé provinciaux. Les régimes privés peuvent servir à assurer – et, de fait, assurent – tout service qui n'est pas couvert ou qui n'est que partiellement couvert par les régimes publics (médicaments d'ordonnance obtenus ailleurs que dans un hôpital, chambres privées ou semi-privées, soins dentaires, soins de la vue, appareils et accessoires fonctionnels, services d'ambulance, soins de longue durée, chiropraxie, chirurgie esthétique, etc.).

En outre, la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas aux fournisseurs de services de santé privés de dispenser des soins assurés par la province et d'être remboursés pour ces soins, pour autant qu'il n'y ait aucune surfacturation ni aucuns frais modérateurs. En fait, la plupart des médecins sont des praticiens d'exercice

privé qui œuvrent indépendamment ou collectivement. Les praticiens d'exercice privé sont habituellement rémunérés à l'acte et réclament leurs honoraires directement auprès du régime d'assurance-santé provincial. Les médecins qui exercent dans d'autres milieux peuvent

*Tous les médecins qui perçoivent des honoraires peuvent donc être perçus comme des prestataires privés de soins de santé. De plus, il y a les organismes caritatifs, à but non lucratif. La confusion tient en partie au fait qu'au Canada, nous utilisons le terme « hôpital public » pour parler d'organismes privés. Les choses deviennent compliquées, parce que dès qu'on se prononce contre les « hôpitaux publics », on se heurte à la rigidité des fonctionnaires. Or, il ne s'agit pas de fonctionnaires, puisque ce sont des employés qui travaillent pour des hôpitaux à but non lucratif. Il n'y a pas tellement de raisons inhérentes pour qu'ils ne réalisent pas le même rendement que les organismes à but lucratif et pour qu'ils ne rapportent pas des gains aux actionnaires.*

*Professeure Raisa Deber, University of Toronto (8-16)*



aussi être rémunérés à l'acte, bien qu'habituellement ils reçoivent un salaire ou soient rémunérés selon un autre barème de paiement<sup>80</sup>.

De même, plus de 95 % des hôpitaux canadiens sont administrés par des entités à but non lucratif dirigées par des conseils d'administration communautaires, des organismes bénévoles ou des municipalités. Le secteur hospitalier à but lucratif regroupe la plupart des établissements de soins de longue durée et les services spécialisés tels que les centres de désintoxication<sup>81</sup>.

Nous savons qu'il existe des hôpitaux à but lucratif dans certaines provinces. Nous pensons par exemple à l'hôpital Shouldice en Ontario, établissement privé à but lucratif, protégé par une clause d'antériorité au moment de l'adoption du régime d'assurance-santé provincial. Les frais de ce genre d'établissements sont réglementés afin de réduire le risque de surfacturation des patients. Toutefois, le projet de loi 11 de l'Alberta, promulgué plus tôt dans l'année, permet la perception de frais par les établissements chirurgicaux privés à but lucratif offrant des services « à valeur ajoutée » obtenus en conjugaison avec des services assurés.

Le véritable débat au chapitre de la prestation de soins de santé ne repose pas sur le rôle du secteur privé, mais plutôt sur la distinction entre fournisseur de soins sans but lucratif et fournisseur à but lucratif.

**Mythe :** Le système de soins de santé du Canada – ou le régime d'assurance-santé – pourrait être administré aussi bien par le secteur privé que par le secteur public.

**Réalité :** La maladie constitue un impondérable. La demande en soins de santé est par conséquent imprévisible. Pour remédier à cette situation, l'assurance est la solution idéale. Le Canada a opté pour un système d'assurance-santé public plutôt que privé. Nos pas ont été guidés en partie par les échecs du marché. Par exemple, les sociétés d'assurance privées pourraient refuser d'assurer des clients vulnérables ou leur imposer des primes d'assurance

---

<sup>80</sup> Santé Canada, *Le système de soins de santé au Canada*, 1999, p. 2.

<sup>81</sup> *Ibid.*

particulièrement élevées pour compenser le risque (ce qui est de plus en plus d'usage aux États-Unis). De surcroît, dans un marché d'assurance privé, les personnes à faible revenu seraient soumises au même barème que les personnes à revenu élevé et, de ce fait, seraient appelées à assumer une part proportionnellement plus élevée des coûts des soins de santé. Mais, avant tout, les Canadiens ont accordé leur préférence à un régime d'assurance-santé public universel, mus par leurs valeurs de compassion, d'équité et de justice sociale.

*Tous les pays industrialisés, à l'exception notoire des États-Unis, ont mis sur pied des régimes d'assurance-santé dans un but qu'ils ont tous en commun, soit de s'assurer que tous leurs citoyens ont accès à une gamme exhaustive de services de qualité supérieure en fonction de leurs besoins et non pas en fonction de leur capacité de payer. Voilà l'objectif de redistribution que partagent la plupart des pays industrialisés, à l'exception des États-Unis.*

*Professeure Colleen Flood, University of Toronto (14:15)*

Par contraste, nos voisins du Sud se sont résolument tournés vers un système d'assurance santé privé. Le régime américain, peu importe la façon dont on en évalue les dépenses, est le plus onéreux du monde. Le système canadien, principalement financé par le secteur public, s'est révélé moins coûteux à administrer et plus rentable que sa contrepartie américaine. En fait, on estimait, il y a quelques années, dans le *New England Journal of Medicine*, que le Canada économisait un point de pourcentage de son PIB par rapport aux États-Unis grâce à son approche à « payeur unique ».

De plus, notre système d'assurance-santé et les principes nationaux énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* – universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et administration publique – sont applaudis par les Canadiens.

**Mythe :** La *Loi canadienne sur la santé* a constitué un changement dramatique.

**Réalité :** La *Loi canadienne sur la santé* est une consolidation des lois antérieures sur l'assurance-hospitalisation (1957) et l'assurance médicale (1966). L'hon. Monique Bégin a signalé au Comité que la plupart des principes et des conditions énoncés dans la *Loi* existaient déjà dans les mesures législatives antérieures :

[...] les cinq principes ou conditions de la *Loi canadienne sur la santé* [...] existaient dans les mesures législatives précédentes. [...] Il y avait à l'origine quatre principes. L'accessibilité était incluse comme découlant en quelque sorte de l'universalité, mais nous en avons fait une cinquième condition officielle. La loi a fusionné les deux lois précédentes, reprenant tout ce qu'elle pouvait de l'esprit et des conditions des lois précédentes<sup>82</sup>.

Ce que la *Loi canadienne sur la santé* a introduit de nouveau est une mention explicite de l'accès gratuit et l'ajout de restrictions précises afin d'éviter des frais aux patients sous forme de frais modérateurs ou de surfacturation.

## 6.4 Mythes entourant la privatisation

**Mythe** : Un système de soins de santé à deux vitesses est une notion que tous perçoivent de la même façon.

**Réalité** : On entend presque chaque jour des affirmations contradictoires ou déroutantes au sujet d'un système de soins de santé à deux vitesses au Canada. Les politiciens, les fournisseurs de services de santé et même les experts du domaine de la santé ont des opinions fort différentes sur l'existence d'un système de soins de santé à deux vitesses au Canada parce qu'ils ont tous leur propre définition de cette notion.

*S'il est une affirmation à laquelle souscriraient sans doute tous les chefs de parti engagés dans les élections fédérales actuelles, c'est bien celle qui figurait sur le carton aide-mémoire de Stockwell Day : « Pas de système de soins de santé à deux vitesses ». Pourtant, aucune autre question n'a autant soulevé les passions pendant cette campagne. Ce paradoxe est au cœur du problème : La notion de « système de soins de santé à deux vitesses » est ambiguë et comporte un aspect négatif qui en fait une arme politique opportune, mais elle ne dit rien des véritables intentions de ses utilisateurs en matière de politique. [traduction libre]*

Carolyn Hughes Tuohy, « Comment », *Globe and Mail*, 17 novembre 2000, p. A-23.

Le plus souvent, l'expression « système à deux vitesses » désigne deux systèmes de soins de santé parallèles : un système entièrement financé par l'État et un système privé. Elle sous-entend un accès différent aux soins de santé selon qu'on a ou non la capacité de payer, et non pas selon le besoin qu'on a d'avoir recours à ces services. Ceux qui peuvent se permettre

<sup>82</sup> L'hon. Monique Bégin (16:8).



de payer peuvent également obtenir des soins plus rapidement ou de meilleure qualité, alors que le reste de la population continue d'avoir accès aux seuls soins de santé fournis dans le cadre du régime public.

Dans le secteur des soins de santé au Canada, toutefois, il existe diverses interprétations de la notion de système à deux vitesses :

- Pour certains, un système à deux vitesses est un système dans lequel les patients doivent payer des frais modérateurs pour avoir accès à des services médicalement nécessaires.
- Pour d'autres, un système à deux vitesses est un système dans lequel certains patients paient pour se faufiler en tête de file et recevoir plus rapidement des soins médicalement nécessaires.
- Pour d'autres encore, il s'agit de deux systèmes distincts et parallèles fournissant des services médicalement nécessaires. Un des systèmes est accessible et entièrement financé par l'État, alors que l'autre est entièrement privé et permet aux patients de payer pour être traités plus rapidement et différemment. Les deux systèmes se font concurrence pour fournir des services assurés par le régime public. Pour obtenir des soins de santé privés, les patients doivent cependant assumer personnellement la totalité des coûts ou se faire rembourser par leur régime d'assurance privée.
- D'autres pensent que, dans un système à deux vitesses, certains soins de santé sont offerts gratuitement à certains citoyens, mais que d'autres services ne sont offerts qu'à ceux qui peuvent les payer. Selon cette définition, le système actuellement en place au Canada pourrait sûrement être considéré comme un système à deux vitesses, puisque certains médicaments coûteux prescrits par un médecin ne sont pas payés par l'État et ne sont accessibles qu'à ceux qui peuvent les payer personnellement ou qui ont un régime privé d'assurance-médicaments.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, tous les Canadiens doivent avoir accès aux services « médicalement nécessaires » d'hôpitaux et de médecins, selon leurs besoins et sans entrave de nature financière. La *Loi* cherche à dissuader les provinces d'exiger des frais modérateurs pour les services de santé assurés, et le gouvernement fédéral, pour les y inciter, diminue les transferts de fonds aux provinces qui autorisent cette pratique. La *Loi* n'interdit pas explicitement une médecine à deux vitesses (quelle que soit la définition qu'on donne à l'expression « deux vitesses »); elle cherche plutôt à dissuader les provinces d'emprunter cette

voie. C'est cette puissante mesure dissuasive qui a fait dire au Forum national sur la santé, dans son rapport de 1997, que le Canada a un système à une vitesse pour les services médicalement nécessaires d'hôpitaux et de médecins.

La *Loi canadienne sur la santé* ne s'applique cependant qu'aux services fournis par les hôpitaux et par les médecins. Tous les autres soins de santé sont soit financés en partie par l'État et en partie par le secteur privé, soit financés entièrement par le secteur privé. Il s'agit d'avantages additionnels comme les médicaments sur ordonnance, les services d'optométrie, les soins de longue durée et les soins à domicile ainsi que les chambres d'hôpitaux privées et semi-privées, les examens médicaux exigés par les assureurs, etc.

Certains services de santé depuis longtemps considérés comme la responsabilité du régime public sont maintenant offerts par le secteur privé. Il s'agit par exemple de services de diagnostic fournis par des cliniques d'imagerie par résonance magnétique dans certaines villes de certaines provinces (à savoir, le Québec et l'Alberta). Les patients peuvent y obtenir une scanographie à condition d'en assumer totalement le coût. L'un des dangers de ces cliniques privées est qu'elles offrent la possibilité à ceux qui peuvent se permettre de payer de passer devant tout le monde. Ces personnes obtiennent leur test de diagnostic plus rapidement et retournent ensuite au régime public en passant devant les patients qui attendent encore de subir ces tests. Le nombre de telles cliniques privées demeure limité, mais certains analystes affirment que leur seule présence est la preuve de l'existence d'un système à deux vitesses au Canada. D'autres soutiennent que la seule possibilité d'y avoir recours constitue à tout le moins un pas vers l'érosion graduelle du système de soins de santé financé par l'État et vers la prestation de services de santé de second niveau.

Il est également possible de s'adresser à d'autres établissements privés de soins de santé au Canada sans avoir été envoyé par un médecin ou sans qu'il y ait nécessité médicale. Ces établissements offrent des chirurgies d'un jour, comme l'extraction de cataractes, à titre entièrement privé. Le chirurgien n'est pas payé par le régime public de la province et le patient n'est pas non plus remboursé par ce régime. Les patients assument donc eux-mêmes la totalité des coûts, car la plupart des provinces n'autorisent pas l'existence d'assurances

privées pour des services de santé fournis par le régime public. Cette interdiction de détenir des assurances privées pour couvrir des services déjà couverts par le régime public d'assurance-santé vise à empêcher l'existence d'établissements privés offrant des services fournis gratuitement par les régimes provinciaux. En fait, certains prétendent qu'en autorisant les assureurs privés à concurrencer le régime public, on ouvrirait la porte à un système à deux vitesses au Canada.

La question de savoir si la prestation de soins de santé par le secteur privé pourrait contribuer à améliorer l'accès au régime public ou son efficacité mérite certes d'être soulevée. Une autre question importante est celle du droit de chaque Canadien d'offrir ou d'utiliser des solutions de rechange provenant du secteur privé à la place de ce qui est offert par le régime public. Ces questions sont fondamentales et doivent être débattues lors des discussions sur l'avenir du système canadien de soins de santé.

**Mythe :** En adhérant au principe du marché libre, nous remédierions au problème des longues listes d'attente et aux autres problèmes associés au système de soins de santé public.

**Réalité :** Les tenants de cette philosophie affirment qu'un marché libre permettrait de réduire le nombre d'inscrits sur les listes d'attente. Selon eux, les riches n'iraient pas alourdir les listes publiques puisqu'ils solliciteraient les services du système privé. Si on en croit cette théorie, les inscrits sur les listes d'attente auraient à patienter moins longtemps et obtiendraient plus rapidement les soins nécessaires.

On a fait valoir au Comité que l'introduction d'un système de soins privé risquerait de monopoliser un grand nombre de fournisseurs de soins de santé et, conséquemment, de causer une pénurie de professionnels de la santé dans le système public. Cette situation entraînerait probablement des listes d'attente publiques plus longues.

On a également indiqué au Comité que la prestation de soins de santé en vertu d'un système de libre marché s'avérerait plus coûteuse. Dans son exposé, le D<sup>r</sup> Mustard a en effet déclaré ce qui suit :



Le point au cœur du débat est que le système de soins de santé résiste aux concepts du secteur productif ou rentable de la société [...] la privatisation des soins de santé n'augmente pas l'efficacité ni ne réduit les coûts. De récentes évaluations du système américain ont permis d'arriver à d'éloquents conclusions. La conversion des hôpitaux à but non lucratif en hôpitaux à but lucratif s'est traduite par une hausse des dépenses en soins de santé dans la région affectée. Le retour au système de prestation de soins sans but lucratif a eu l'effet inverse, soit une diminution des dépenses en santé moyennes par habitant<sup>83</sup> [*Traduction libre*].

**Mythe :** Le système de soins de santé américain est financé à 100 % par le secteur privé.

**Réalité :** Selon les plus récentes données de l'OCDE, la part de l'investissement privé dans les dépenses totales en soins de santé aux États-Unis était de 55 % en 1998, alors que celle du secteur public était de 45 %. Lors de son témoignage, le professeur Mark Stabile, de l'Université de Toronto, a décrit comme suit les programmes Medicare et Medicaid, principaux régimes d'assurance-santé publics des États-Unis :

Tandis que la majorité des Américains adhère à des régimes privés d'assurance-santé, qui leur sont offerts principalement par leur employeur, un grand nombre d'Américains ont également droit à l'assurance publique. Aux États-Unis, les deux plus grands régimes d'assurance publique sont le programme Medicare, qui s'applique à tous les Américains de plus de 65 ans, de même qu'aux handicapés et aux Américains qui souffrent d'une insuffisance rénale permanente, et le programme Medicaid, qui s'adresse aux pauvres. Le programme Medicare est un programme fédéral, tandis que le programme Medicaid est géré par les différents États. Vingt-cinq pour cent des Américains affirment que Medicare ou Medicaid est leur source principale d'assurance-santé<sup>84</sup>.

De plus, les systèmes Medicare et Medicaid américains prévoient des frais modérateurs et offrent une couverture moindre que le système canadien.

**Mythe :** La véritable solution de rechange au modèle canadien actuel de système de soins de santé est le modèle américain.

---

<sup>83</sup> Dr Fraser Mustard, *Myths, Beliefs, Values, Facts and Health Care*, mémoire présenté au Comité, p. 3.

<sup>84</sup> Mark Stabile (14:12).

**Réalité** : Plusieurs autres modèles méritent qu'on s'y attarde, en particulier ceux de l'Europe. Les systèmes de soins de santé peuvent être classés selon la façon dont ils sont organisés, financés, réglementés et déployés. À un extrême, on trouve les systèmes principalement financés et gérés par le secteur public, comme celui du Royaume-Uni, et à l'autre, les systèmes dits privés, principalement financés et déployés par le secteur privé, comme celui des États-Unis. Le système de soins de santé de la plupart des pays membres de l'OCDE est un hybride de systèmes

*Il est intéressant de noter que, comme voisin de la nation où la majeure partie des coûts des soins de santé sont financés par le secteur privé, nous, en tant que consommateurs, n'écoutons pas ce que de nombreux Américains réfléchis essaient de nous dire au sujet des problèmes qui touchent leur système de soins de santé.*

*D' J. Fraser Mustard, mémoire au Comité, p. 3.*

publics et privés. On constate des distinctions parmi ces pays au chapitre de la part d'intervention des secteurs public et privé. Ainsi, dans certains pays, le secteur privé vient compléter le secteur public (par exemple, en Grande-Bretagne et en Australie). Ailleurs, certaines catégories de la population sont protégées par un régime d'assurance-santé public, alors que les autres doivent compter sur un régime privé (par exemple, aux États-Unis et en Allemagne). Les leçons que le Canada peut tirer des modèles de système de soins de santé offerts par d'autres pays de l'OCDE feront l'objet du rapport du Comité à la phase trois de la présente étude.

## 6.5 Mythes entourant le recours aux soins de santé

**Mythe** : L'imposition de frais modérateurs permettrait de réduire le nombre de patients qui abusent du système de soins de santé.

**Réalité** : Certaines personnes sont d'avis que l'imposition de frais modérateurs limiterait l'utilisation non fondée (ou l'abus) par les patients, réduisant ainsi les dépenses en soins de santé. Or, selon plusieurs études, les frais modérateurs risquent d'inciter les patients à remettre à plus tard des visites chez le médecin qui peuvent être importantes pour leur santé, ce qui entraînerait des complications et, donc, un fardeau financier plus lourd pour le système de soins de santé. De plus, les études mettent en évidence le fait que les frais modérateurs peuvent avoir un effet dissuasif chez les personnes à faible revenu.

Martin Zelder, directeur de la recherche en politiques de santé au Fraser Institute et partisan des frais modérateurs, convient de l'effet dissuasif de ces frais chez les personnes moins bien nanties : « Oui, on décourage les gens à faible revenu de demander les soins qui amélioreront leur santé s'ils sont tenus de payer des frais modérateurs ou d'utilisation<sup>85</sup> ». Il suggère donc que des frais modérateurs soient perçus auprès de tous les particuliers à l'exception des personnes à faible revenu. Cette approche exigerait alors un examen des ressources financières des gens : « pour exempter les personnes à faible revenu du paiement des frais d'utilisation. Cet examen des ressources est nécessaire pour s'assurer qu'on ne leur cause pas de problèmes financiers<sup>86</sup> ».

*En Nouvelle-Zélande, si vous allez voir votre médecin, c'est vous qui payez. Il y a des problèmes réels au niveau des conséquences. La mortalité infantile augmente. Il y a le problème d'accès pour les revenus faibles.*

*Professeure Colleen Flood,  
University of Toronto (14:31)*

Toutefois, l'imposition d'un examen des ressources financières va à l'encontre des attentes et des valeurs des Canadiens. En ce qui a trait à l'incidence des frais modérateurs sur les dépenses globales en soins de santé, le professeur Evans a déclaré :

Malgré les frais modérateurs élevés aux États-Unis, et malgré les frais modérateurs élevés pour les produits pharmaceutiques au Canada, ces coûts augmentent en fait plus rapidement que ceux du système public<sup>87</sup>.

## 6.6 Mythes entourant l'état de santé de la population

**Mythe :** L'état de santé de la population s'améliore proportionnellement à la disponibilité des soins de santé.

**Réalité :** L'information présentée au chapitre 5 révèle clairement que la santé de la population est déterminée

*Les dépenses de santé du secteur public, par habitant, sont plus élevées aux États-Unis qu'au Canada. Les États-Unis dépensent également plus dans le secteur privé, c'est-à-dire par le truchement des régimes d'assurance privés et des dépenses individuelles. Pourtant, les Canadiens font partie des gens les mieux en santé au monde, alors que les Américains se situent au vingt-cinquième rang du point de vue de l'espérance de vie.*

*Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, ICIS (14:34)*

<sup>85</sup> Martin Zelder (12:39).

<sup>86</sup> Martin Zelder (12:40).

<sup>87</sup> Robert Evans (12:41-42).



par plusieurs facteurs autres que la seule prestation de services de santé. L'augmentation des investissements dans le système de soins de santé traditionnel ne se traduira pas systématiquement par une amélioration proportionnelle de l'état de santé de la population. En fait, il importe de ne pas miser excessivement sur la prestation de services de santé traditionnels comme principal moyen d'améliorer la santé de la population.

Il faut accorder davantage d'attention aux déterminants non médicaux qui contribuent à la bonne santé (p. ex. un bon revenu, le développement de la petite enfance, l'emploi, etc.), à l'élaboration de stratégies de lutte contre les risques pour la santé, la maladie et l'invalidité ainsi qu'à l'évaluation et à la mesure des résultats d'interventions sur la santé. Pour illustrer l'importance des autres facteurs pour la santé des Canadiens, le D<sup>r</sup> McMurtry a fourni les exemples suivants<sup>88</sup> :

- Actuellement, le Canada enregistre chaque année 66 millions de jours d'absence de la main-d'œuvre. Soixante pour cent de ces absences sont liées au stress. La réduction du stress au travail pourrait non seulement améliorer la santé des Canadiens, mais encore augmenter indirectement notre productivité et alléger le fardeau financier imposé au système de soins de santé.
- Quatre-vingts pour cent des personnes de 65 et plus arrivent aux deux derniers rangs dans les sondages internationaux sur l'alphabétisation des adultes. Plus de la moitié d'entre elles ont du mal à comprendre leurs ordonnances.

L'investissement de ce côté recèle de meilleures promesses de retombées sur l'amélioration de la santé des Canadiens qu'un investissement comparable dans la prestation de soins de santé.

**Mythe** : La réforme des soins de santé est à l'origine d'une détérioration de la santé des Canadiens.

**Réalité** : L'état de santé des Canadiens, évalué d'après l'espérance de vie et les taux de mortalité, a continué à s'améliorer pendant la période de réforme. Dans son mémoire au Comité, le D<sup>r</sup> Fraser Mustard a fait mention d'un rapport récent de l'OCDE, selon lequel

l'état de santé des Canadiens serait demeuré un des plus enviables malgré la réforme des années 90 :

Les bouleversements qu'a pu connaître notre système de soins de santé ne nous ont pas désavantagés, du point de vue sociétal, par rapport aux autres pays<sup>89</sup> [traduction libre].

**Mythe** : La fermeture d'hôpitaux a compromis la santé des Canadiens.

**Réalité** : Chaque année, au cours des dix dernières années, le nombre de lits dans les hôpitaux a décliné au Canada. Ainsi, dans les régions rurales de la Saskatchewan, 53 petits hôpitaux ont été fermés ou convertis en centres sanitaires et 727 places ont été éliminées dans les hôpitaux de Winnipeg, au Manitoba. En dépit de ces coupures, l'état de santé général des populations affectées (évalué selon les taux de mortalité) a continué à s'améliorer et la qualité des soins (mesurée à l'aide d'indicateurs tels que la réadmission subséquente à un congé et le nombre de visites en salle d'urgence) ne s'est pas détériorée.

**Mythe** : Les Autochtones jouissent du même niveau de santé que les autres Canadiens.

**Réalité** : L'espérance de vie des Autochtones du Canada est inférieure d'au moins 5 ans à celle du Canadien moyen. L'écart est énorme. On estime que pour prolonger de cinq ans l'espérance de vie des Autochtones, il faudrait éliminer tous les décès causés par les maladies cardiovasculaires (la principale cause de décès) et pratiquement tous les décès associés au cancer (la deuxième cause)<sup>90</sup>. Bien que le problème puisse sembler insurmontable, le Comité a été informé d'un certain progrès :

En moyenne, l'état de santé des populations autochtones, par rapport au reste de la population, est en train de s'améliorer. Les disparités sont importantes

---

<sup>88</sup> Dr Robert McMurtry (8:25).

<sup>89</sup> Dr J. Fraser Mustard, mémoire présenté au Comité, le 22 mars 2000, p. 2.

<sup>90</sup> ICIS, *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*, p. 6.

et continuent d'exister. Il ne fait pas de doute qu'il reste beaucoup à faire. Il est certain aussi que des améliorations importantes ont été réalisées<sup>91</sup>.

Quoiqu'il soit apparent que l'état de santé général des Autochtones laisse à désirer, les causes de cette situation sont plus obscures. Les Canadiens autochtones ont moins de chance de terminer leurs études secondaires et courent un risque deux fois plus élevé de se trouver sous le seuil de faible revenu fixé par Statistique Canada<sup>92</sup>. Voilà qui pourrait aider à expliquer certains des facteurs contribuant à l'incidence plus marquée de problèmes de santé dans la population autochtone. Dans la phase deux de son étude, le Comité examinera les préoccupations des Canadiens autochtones en matière de santé dans l'espoir de mieux comprendre leurs besoins précis, de définir des interventions préventives et d'examiner la responsabilité fédérale.

## 6.7 Mythes entourant la nécessité d'un changement

**Mythe :** Le Canada est le seul pays du monde dont le système de soins de santé comporte des listes d'attente et des délais d'attente.

**Réalité :** C'est faux! À la séance que le Comité a organisée sur les systèmes de soins de santé d'autres pays, les spécialistes ont affirmé que le problème des listes d'attente était bien pire en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et dans d'autres pays où l'assurance privée fait concurrence au système public :

Au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, où il existe ce régime d'assurance privé supplémentaire, qui, je le répète, est très différent de celui des Pays-Bas, les listes d'attente sont infiniment plus longues. En fait, en pourcentage de la population, elles sont cinq fois plus longues en Nouvelle-Zélande et trois fois au Royaume-Uni. C'est peut-être dû au fait que s'il existe un tel régime d'assurance privée, la classe moyenne et les bien nantis ne sont pas incités à exercer des pressions pour que le régime public soit amélioré<sup>93</sup>.

---

<sup>91</sup> Abby Hoffman (13:10).

<sup>92</sup> Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, 1999, pp. 34 et 41.

<sup>93</sup> Colleen Flood (14:19).



**Mythe :** Le système de soins de santé du Canada est complètement dérégulé.

**Réalité :** Le système de soins de santé n'est pas complètement dérégulé, il subit actuellement une transformation nécessaire. Les témoins ont fait mention de la nécessité de trouver des moyens de cesser de nous préoccuper du maintien du statu quo et d'un système de soins de santé dont les fondations ont été jetées il y a quelque cinquante ans. On nous a expliqué qu'en dépit de toutes ses qualités, notre système n'est plus adapté aux besoins actuels et futurs de notre société.

Le fait est que les soins peuvent maintenant être dispensés par une plus grande variété de professionnels de la santé. De plus, les soins peuvent être prodigués dans des contextes plus variés – non seulement dans les hôpitaux, mais aussi au domicile et au sein de la communauté. On voit émerger de nouvelles technologies qui réduisent, voire éliminent, certaines interventions chirurgicales.

Le système de soins de santé canadien a été élaboré à la fin des années 60 et au début des années 70. Les temps ont beaucoup changé en ce qui concerne l'administration et la prestation des services de santé. Ces changements doivent être intégrés aux fondements du système de soins de santé. Justifier le maintien du statu quo par l'efficacité du système de soins de santé au cours des quarante premières années de son existence ne résiste pas à l'examen.

**Mythe :** Le système de soins de santé doit être remanié de fond en comble.

**Réalité :** C'est faux! Le système actuel a beaucoup d'aspects positifs, notamment la confiance qu'il inspire au public. En effet, les malades et les blessés savent qu'ils peuvent accéder relativement facilement à toute une gamme de services de qualité qui leur permettront de recouvrer la santé. D'ailleurs, le public a tout lieu d'avoir confiance. Les professionnels, les établissements et les organismes de santé du Canada ont à cœur l'intérêt du public. Nous devons optimiser les qualités du système tout en nous ouvrant à des

possibilités toutes nouvelles. En d'autres termes, bien que notre système de soins de santé ait besoin d'être réformé, il n'est pas nécessaire de le transformer complètement.

**Mythe** : Pour maintenir l'intégrité du système, il faut que le gouvernement fédéral y injecte d'importantes sommes d'ici les 12 à 24 mois.

**Réalité** : L'injection de fonds est essentielle, mais il est tout aussi important de doter notre système de soins de santé d'une vision d'avenir. C'est ainsi que nous pourrions orienter les investissements vers une nouvelle trajectoire, plutôt que simplement les utiliser pour revenir à la case de départ. Le D<sup>r</sup> Robert McMurtry a souligné que :

les principes fondamentaux sous-tendant la *Loi sur les soins médicaux* de 1966, énoncés en 1966, sont toujours valables. En revanche, ce qui nous manque, c'est une vision unificatrice de l'avenir. Il me semble que c'est quelque chose d'impératif si nous voulons réaliser des progrès<sup>94</sup>.

La récente entente fédérale-provinciale sur le renouvellement des soins de santé marque une étape importante de la progression vers une vision commune fondée sur des principes partagés et l'engagement de collaborer. Les gouvernements ont convenu de collaborer sur de nombreux plans importants, notamment :

- améliorer l'accès en temps opportun aux services de santé, et leur qualité;
- renforcer les investissements dans l'éducation sanitaire et les stratégies pour prévenir la maladie;
- accélérer la réforme des soins primaires;
- renforcer l'investissement dans les soins à domicile et les soins communautaires;
- investir dans les technologies d'information et de communication relatives à la santé, ainsi que dans l'équipement et de nouvelles technologies et installation relatives aux soins de santé;
- mesurer et surveiller le rendement des services de santé et en faire rapport<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> D<sup>r</sup> Robert McMurtry (8:21).

<sup>95</sup> Réunion des premiers ministres, *Communiqué sur la santé*, 11 septembre 2000 (affiché à l'adresse [www.scics.gc.ca](http://www.scics.gc.ca)).

## 6.8 Mythes entourant les fournisseurs de soins de santé

**Mythe :** La rémunération à l'acte est le seul modèle qui satisfera les médecins.

**Réalité :** La plupart des médecins du Canada tirent leur revenu d'un système de rémunération à l'acte. Toutefois, tout porte à croire que les médecins préféreraient un autre modèle de rémunération. Un sondage réalisé en 1999 par l'Association médicale canadienne a révélé que seulement 33 % des répondants préfèrent la rémunération à l'acte. Vingt et un pour cent ont indiqué préférer un salaire, alors que moins de 1 % optent pour le paiement par capitation. Quelque 35 % ont exprimé une préférence pour une rémunération mixte (p.ex. conjugaison de la rémunération à l'acte et du paiement par capitation). Selon les données d'un récent rapport de l'ICIS, le pourcentage de médecins rémunérés par un système autre que celui de la rémunération à l'acte varie actuellement selon les provinces de 2 % à 53 % (en Alberta et au Manitoba, respectivement).

Le système de rémunération à l'acte présente des inconvénients. Le Comité a appris de Graham Scott, ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, que :

Les médecins de famille rémunérés à l'acte gagnent suffisamment bien leur vie en pratiquant de 9 heures à 17 heures dans un cabinet sans devoir entretenir des liens avec un hôpital ni assumer les responsabilités que cela implique.

Mais le barème d'honoraires ne leur assure un bon revenu que s'ils ont beaucoup de patients et des délais d'exécution courts. Pour gagner beaucoup, ils doivent donc ne traiter que les cas assez simples. Les patients présentant des cas lourds sont aiguillés vers des spécialistes ou les services d'urgence des hôpitaux. Comme ces médecins ne font que du « 9 à 5 », même leurs patients, s'ils ont besoin d'eux après 17 heures, doivent se rendre à l'hôpital, quelle que soit la gravité de leur cas<sup>96</sup>.

**Mythe :** Le rôle des infirmières et infirmiers demeure ce qu'il a toujours été, soit de prêter main-forte aux médecins dans les hôpitaux ou les cliniques.

---

<sup>96</sup> Graham W. S. Scott, mémoire présenté au Comité, juin 2000, p. 7.

**Réalité** : La profession d'infirmière et d'infirmier a connu une transformation fondamentale au cours des années. Les infirmières et infirmiers d'aujourd'hui contribuent à tous les points de prestation des soins de santé : les hôpitaux, les établissements privés et les communautés. Au Canada, au moins 12 000 infirmières et d'infirmiers ont un certificat de spécialisation<sup>97</sup> et mettent leurs connaissances à profit au sein d'une équipe spécialisée. Ils jouent un rôle essentiel d'intégration et de communication auprès des patients et de leurs familles.

Lors de son témoignage, Graham Scott a indiqué que les infirmiers et infirmières jouissent maintenant de la reconnaissance professionnelle que commandent leurs compétences. Par exemple, dans certains hôpitaux universitaires ou grands hôpitaux communautaires, ils sont considérés davantage comme partie intégrante de l'équipe de soins que comme des adjoints ou du personnel d'appoint. Cela contraste vivement avec la hiérarchie traditionnelle, selon laquelle seul le médecin prend les décisions.

On a informé le Comité que, malgré les importants progrès réalisés dans le secteur des soins infirmiers, la profession doit actuellement composer avec des enjeux qui risquent d'affecter l'intégrité du système de soins de santé. De toutes les catégories professionnelles, ce sont les infirmières et les infirmiers qui prennent le plus de journées de congé et qui ont le plus d'accidents du travail et de maux de dos<sup>98</sup>. L'âge moyen des infirmières et infirmiers est de 45 ans, ce qui veut dire que ces personnes prendront probablement leur retraite d'ici les 10 à 15 prochaines années. De plus, 50 % des infirmières et infirmiers ne travaillent pas à temps plein et plusieurs ont deux, trois, voire quatre employeurs<sup>99</sup>.

---

<sup>97</sup> Mary Ellen Jeans (8:21).

<sup>98</sup> Dr. John S. Millar (14:5).

<sup>99</sup> Mary Ellen Jeans (8:21).



## CONCLUSION

---

Le présent rapport constitue l'étape finale de la phase un de l'étude sur les soins de santé entreprise par le Comité. Il s'agit d'une synthèse des témoignages entendus entre mars et septembre 2000. Les propos qu'il contient sont également inspirés de documents soumis au Comité ou portés à son attention.

Dans la phase un, le Comité a été sensibilisé aux origines de l'assurance-santé publique au Canada et à son état actuel. Nous comprenons maintenant mieux le rôle du gouvernement fédéral dans le secteur des soins de santé pour ce qui est du financement et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Nous avons une idée plus précise des opinions des Canadiens sur le système de soins de santé et les politiques en matière de soins de santé. Nous avons obtenu beaucoup de renseignements sur les dépenses en soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens. Nous savons aussi ce qu'il en est des dépenses du Canada en matière de soins de santé par opposition à celles d'autres pays et comment l'état de santé des Canadiens se compare à celui d'autres peuples.

Armés de ce trésor d'information, nous avons tenté de donner l'heure juste à ceux qui débattent du système de soins de santé au Canada en distinguant le mythe de la réalité. Nous espérons que le présent rapport constituera un outil de référence utile à tout groupe ou particulier désirant participer aux prochaines étapes de l'étude du Comité.

### Les prochaines étapes

La phase deux de l'étude, qui sera amorcée en mars 2001, vise à permettre au Comité de se familiariser avec l'ensemble des facteurs actuels et éventuels qui contribueront à amener un changement au sein du système de soins de santé. Le Comité y explorera les répercussions, pour le système de soins de santé canadien, des éléments suivants :

- le vieillissement de la population et les exigences croissantes imposées au système si les tendances passées et présentes se maintiennent;

- la population autochtone croissante et ses besoins précis au chapitre de la santé, compte tenu de l'incidence supérieure, chez ce groupe, de troubles tels que le syndrome de l'alcoolisme fœtal, le VIH/sida, la tuberculose, le diabète, les lésions corporelles et les maladies chroniques;
- les progrès technologiques, notamment en pharmacologie, pouvant affecter l'organisation, la prestation et les coûts des soins de santé et soulever des problèmes d'efficacité et d'éthique;
- l'apparition de nouvelles maladies et le retour en force d'« anciennes » maladies susceptibles d'exiger des thérapies et des traitements onéreux;
- les attentes des patients et des fournisseurs de soins, qui peuvent entraîner un abus des services ou une prestation induue de services;
- l'incidence de la recherche en santé, recherche qui est un élément crucial du système. Le système de soins de santé du Canada reposera de plus en plus sur l'information scientifique relative aux facteurs biologiques et sociaux qui nuisent à la santé, ainsi que sur des données objectives relatives à la santé et aux soins. Par exemple, l'identification de quelque 30 000 gènes qui déterminent notre vulnérabilité à la maladie marquera une révolution qui pourrait transformer la recherche en santé et le système de soins<sup>100</sup>;
- la nécessité de données sur la santé suffisantes et comparables pour étayer des décisions judicieuses quant à l'affectation de ressources et à la prestation de soins;
- la préoccupation croissante quant à la charge de travail, au stress et au vieillissement de nos fournisseurs de soins. La planification des ressources humaines dans le secteur de la santé est une démarche complexe qui doit tenir compte à la fois des besoins de la population et de ceux des professionnels de la santé;
- les enjeux propres aux régions rurales et aux régions éloignées en ce qui a trait à la santé;
- le rôle prophylactique de la promotion d'habitudes de vie saines;
- l'incidence des troubles de santé mentale au sein de la société canadienne et ses répercussions sur la prestation de soins.

---

<sup>100</sup> La technologie des cellules souches illustre bien aussi les répercussions possibles de la recherche sur la santé et les soins. Récemment, des chercheurs en médecine de l'Alberta ont réalisé des percées remarquables. Ils ont prélevé des cellules saines d'un pancréas fonctionnant normalement et les ont implantées dans un diabétique tributaire d'injections d'insuline. Des mois après l'intervention, le patient n'a toujours plus besoin d'injections. Non seulement il n'aura plus à acheter d'insuline durant sa vie, mais il risquera beaucoup moins de souffrir des complications du diabète, comme de perdre la vue ou de développer des problèmes cardiaques. Cette percée améliore la qualité de vie et pourrait épargner le coût des soins que nécessitent la maladie et ses complications

La phase deux de l'étude sera axée sur la rentabilité et la viabilité, et aboutira à la rédaction d'un rapport sur les principaux facteurs qui influenceront le système de soins de santé du Canada au cours des 25 prochaines années. Ce rapport devrait être déposé en juin 2001.

Dans la phase trois de l'étude, les membres du Comité se pencheront sur les expériences d'autres pays. Ils obtiendront des renseignements et des analyses tout récents grâce à une série de vidéoconférences. Ponctuées d'interventions d'experts et de professionnels du Canada, les audiences permettront aux membres du Comité :

- d'examiner les systèmes de soins de santé de certains pays, y compris leurs objectifs et leurs principes, et leur méthode de prestation;
- de comparer les pays choisis entre eux et avec le Canada;
- d'étudier les forces et les faiblesses des principales approches.

La phase trois de l'étude se conclura par un rapport rendant compte de l'évolution des systèmes d'autres pays et des conclusions tirées de la comparaison. Ce rapport devrait être prêt en juin 2001.

Dans la phase quatre, le Comité s'inspirera des conclusions des trois premières phases de l'étude pour proposer des options stratégiques relatives au système de soins de santé canadien. La démarche aura deux volets connexes :

- définir un cadre de principes et d'objectifs fondamentaux;
- identifier des options pour la réalisation de ces principes et objectifs.

Le rapport de la phase quatre comprendra un énoncé des options stratégiques destiné à servir de point de départ pour les audiences publiques. Ce rapport devrait paraître en octobre 2001.

Au cours de la phase cinq de son étude, la dernière étape, le Comité organisera de vastes audiences publiques sur l'énoncé d'options stratégiques produit au terme de la phase quatre. Les témoins seront invités à se prononcer sur les points suivants :

- le cadre proposé de principes et d'objectifs;
- les forces et les faiblesses des options proposées par le Comité ainsi que toute autre suggestion qui mérite attention;
- l'option ou les options souhaitables.

Dans le rapport de la phase cinq, le Comité résumera les principales constatations qu'il aura faites à la lumière des audiences publiques et énoncera l'option ou les options qu'il préconise ainsi que ses recommandations. La date prévue de diffusion de ce rapport est mars 2002.



## ANNEXE A - LISTE DES TÉMOINS

---

(2<sup>e</sup> session, 36<sup>e</sup> législature)

NOM	ORGANISATION	DATE DE COMPARUTION
Raisa Deber, <i>professeure</i>	Université de Toronto, faculté de l'administration de la santé	2 mars 2000
Dr. Robert McMurtry, <i>chaire G.D.W. Cameron</i>	Santé Canada	2 mars 2000
Sharon Sholzberg-Gray, <i>coprésidente</i>	Groupe d'intervention action santé (HEAL)	2 mars 2000
Mary Ellen Jeans, <i>coprésidente</i>	Groupe d'intervention action santé (HEAL)	2 mars 2000
Sholom Glouberman, <i>directeur, Réseau de la santé</i>	Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques	22 mars 2000
Dr. Fraser Mustard	Founder's Network	22 mars 2000
Scott Evans, <i>consultant principal en statistique</i>	Goldfarb Consultants	22 mars 2000
Chris Baker, <i>vice-président</i>	Environics Research Group	22 mars 2000
Wendy Watson-Wright, <i>directrice générale, Direction des politiques et des projets majeurs – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé</i>	Santé Canada	23 mars 2000
Sylvain Paradis, <i>gestionnaire intérimaire, groupe des politiques, Direction des politiques et des projets majeurs, Section de l'analyse quantitative et de la recherche – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé</i>	Santé Canada	23 mars 2000
Liz Kusey, <i>analyste des politiques, Direction des politiques et des projets majeurs – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé</i>	Santé Canada	23 mars 2000

Monique Charon, <i>directrice intérimaire, Politiques des programmes et planification, Division des politiques des programmes, du Secrétariat du transfert et de la planification – Direction générale des services médicaux</i>	Santé Canada	23 mars 2000
Robert G. Evans, <i>directeur, Programme sur la santé de la population</i>	Université de la Colombie-Britannique	6 avril 2000
Colleen Fuller, <i>attachée de recherche</i>	Centre canadien de politiques alternatives	6 avril 2000
Martin Zelder, <i>directeur de la recherche sur les politiques de santé</i>	Fraser Institute	6 avril 2000
Cliff Halliwell, <i>directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité</i>	Santé Canada	3 mai 2000
Abby Hoffman, <i>conseillère principale en politique</i>	Santé Canada	3 mai 2000
Frank Fedyk, <i>directeur par intérim, Division de la Loi canadienne sur la santé, Direction des affaires intergouvernementales, Direction générale des politiques et de la consultation</i>	Santé Canada	3 mai 2000
Tom Kent	À titre individuel	4 mai 2000
Michael Bliss, <i>président</i>	Université de Toronto	4 mai 2000
Ake Blomqvist, <i>professeur</i>	Université de l'Ouest de l'Ontario	10 mai 2000
Colleen Flood, <i>professeure</i>	Université de Toronto	10 mai 2000
Mark Stabile, <i>professeur</i>	Université de Toronto	10 mai 2000
Dr. John S. Millar, <i>vice-président, Recherche et analyse</i>	Institut canadien d'information sur la santé	11 mai 2000
Margaret Somerville, <i>professeure</i>	Université McGill	11 mai 2000
Laura Shanner, <i>professeur</i>	Université de l'Alberta	11 mai 2000

L'honorable Marc Lalonde, <i>C.P.</i>	À titre individuel	17 mai 2000
L'honorable Monique Bégin, <i>C.P.</i>	À titre individuel	31 mai 2000
Guillaume Bissonnette, <i>directeur principal, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociales</i>	Ministère des Finances	7 juin 2000
Barbara Anderson, <i>directrice, Division des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale</i>	Ministère des finances	7 juin 2000
Graham Scott, <i>ancien sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario</i>	À titre individuel	21 septembre 2000

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation / Société canadienne des postes

Postage Paid

Post payé

Lettermail

Poste-lettre

03159442

OTTAWA

*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

*From IMS Health Canada:*

Dr. Roger A. Korman, President.

*From the Canadian Association of Pharmacists:*

Dr. Jeff Poston, Executive Director.

*From Health Promotion Research:*

Dr. Robert Coombs, President and CEO.

*From Health Canada:*

Barbara Ouellet, Director of Home Care and  
Pharmaceuticals, Health Care Directorate, Policy and  
Consultation Branch.

*De IMS Health Canada:*

Le Dr Roger A. Korman, président.

*De l'Association des pharmaciens du Canada:*

Le Dr Jeff Poston, directeur exécutif.

*De la Health Promotion Research:*

Le Dr Robert Coombs, président et PDG.

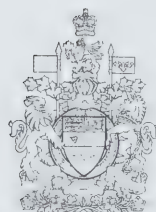
*De Santé Canada:*

Barbara Ouellet, directrice, Soins à domicile et produits  
pharmaceutiques, Direction générale des politiques et de la  
consultation.



226  
51

Document  
Révisé



~~First~~  
~~Second~~ Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Social Affairs, Science and Technology

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, March 29, 2001

Le jeudi 29 mars 2001

Issue No. 5

Fascicule n° 5

**Fifth meeting on:**  
The state of the health care system in Canada

**Cinquième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Ferretti Barth
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, P.C.	

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Ferretti Barth
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, c.p.	

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)

## MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, March 29, 2001

(6)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 11:05 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Kirby, LeBreton, Morin and Robertson (8).

*Other senator present:* The Honourable Senator B. Alasdair Graham, P.C. (1).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee began its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

### WITNESSES:

*From the Canadian Association of Radiologists:*

Dr. John Radomsky, President.

*From the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCHOTA):*

Dr. Jill Sanders, President and CEO.

*From the Fraser Institute:*

Martin Zelder, Director of Health Policy Research.

*As an individual:*

Professor David Feeny.

The Chair made a statement.

Dr. Radomsky made a statement. Mr. Zelder made a statement. Dr. Sanders made a statement. Professor Feeny made a statement. The witnesses answered questions.

At 1:10 p.m., the committee continued *in camera*.

It was moved by Senator Robertson — That, after receiving final comments from members and at the Chair's discretion, the Outline on Phase Four of the committee's study on the state of the health care system in Canada be released to the public.

After debate, the question being put on the motion, it was adopted.

It was moved by Senator Robertson — That the Chair be authorized to seek the following order of reference from the Senate:

## PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 29 mars 2001

(6)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 05, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Kirby, LeBreton, Morin et Robertson (8).

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur B. Alasdair Graham (1).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; et de la Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, commis parlementaire.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité entreprend l'étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada (*voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité*).

### TÉMOINS:

*De l'Association canadienne des radiologistes:*

Dr John Radomsky, président.

*De l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé:*

Dre Jill Sanders, présidente-directrice générale.

*De l'Institut Fraser:*

Martin Zelder, directeur de la recherche sur les politiques de santé.

*À titre personnel:*

David Feeny, professeur.

Le président fait une déclaration.

Le Dr Radomsky fait une déclaration. M. Zelder fait une déclaration. Le Dr Sanders fait une déclaration. M. Feeny fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 13 h 10, le comité poursuit ses travaux à huis clos.

Il est proposé par le sénateur Robertson — Que, après avoir reçu les dernières observations des membres et à la discrétion du président, le résumé de la phase quatre de l'étude de l'état du système de soins de santé au Canada soit rendu public.

Après discussion, la question, mise aux voix, est adoptée.

Il est proposé par le sénateur Robertson — Que le président soit autorisé à demander au Sénat l'ordre de renvoi suivant:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of federal government policy relating to the preservation and promotion of a sense of community and national belonging in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

(a) the effectiveness of the policies, programs, symbols and institutions that have been used in the past to promote and protect Canadian distinctiveness or which have fostered an element of Canadian distinctiveness merely by their existence;

(b) the effects of globalization and rapid technological change on Canada's ability to preserve and promote its distinctiveness at home and abroad;

(c) the options that exist to modernize federal policies with respect to preserving, creating and promoting the uniqueness of Canada in a changing national and international context;

(d) the opportunities that exist to use new technologies to market our unique qualities to the world and to engender pride in Canadians about themselves and their country.

That the committee submit its final report no later than December 20, 2002; and

That the committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate, the question being put on the motion, it was adopted.

The committee discussed future business.

At 1:25 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

*La greffière du comité,*

Catherine Piccinin

*Clerk of the Committee*

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, l'état de la politique fédérale sur la préservation et la promotion de l'esprit communautaire et du sentiment d'appartenance au Canada. En particulier, que le comité soit autorisé à examiner:

a) l'efficacité des politiques, des programmes, des symboles et des institutions qui ont servi dans le passé à promouvoir et à protéger le caractère distinct du Canada ou qui, par leur simple existence, ont fait ressortir un aspect du caractère distinct du Canada;

b) les effets de la mondialisation et de l'évolution technologique rapide sur l'aptitude du Canada à préserver et à promouvoir son caractère distinct au pays et à l'étranger;

c) les options qui existent pour moderniser les politiques fédérales relatives à la préservation, à la création et à la promotion du caractère unique du Canada dans un contexte national et international en constante évolution;

d) les possibilités d'utiliser de nouvelles technologies pour faire connaître nos qualités particulières au monde entier et pour rendre les Canadiens fiers d'eux et de leur pays.

Que le comité présente son rapport final au plus tard le 20 décembre 2002; et

Que, sans égard aux pratiques habituelles, si le Sénat ne siège pas lorsque le rapport du comité sera terminé, le rapport puisse être déposé auprès du greffier du Sénat et qu'il soit considéré comme ayant été déposé devant cette Chambre.

Après discussion, la question, mise aux voix, est adoptée.

Le comité discute de ses travaux futurs.

À 13 h 25, le comité suspend ses travaux jusqu'à une nouvelle convocation à la présidence.

ATTESTÉ:



## EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, March 29, 20001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:05 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Michael Kirby** (*Chair*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, we are here to continue our examination of the health care system in Canada. This morning, several witnesses will deal with the issue of technology, that is, the state of current technology in Canada, how we evaluate new technology and the cost, ultimately, on the health care system.

We must adjourn for the sitting of the Senate at 1:30 p.m. today. We will adjourn the open session at 1 o'clock, and then hold a short *in camera* session.

Our first witness today is from the Canadian Association of Radiologists, Dr. John Radomsky. I will ask the four presenters to do make presentations, and then we will open the floor to questions of the whole group as a panel.

**Dr. John Radomsky, President, Canadian Association of Radiologists:** We have prepared the document in front of you, which is the basis of the discussion. It contains the detail that I cannot get into in my address. Detailed recommendations and many issues are dealt with in the report, matters that I would not have time to raise.

It is hereby declared that the primary objective of the Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health care without financial or other barriers. The Canada Health Act, 1984 contains the confines within which we provide our service to the Canadian people.

I am a general radiologist, not an academic. I come to you with a background of 24 years of hands-on experience in radiology in central Alberta, covering a territory of 10,000 square miles with a large regional referral centre, 10 to 15 small hospitals and clinics scattered throughout that territory, and a modestly large independent health care facility funded through the medicare system.

My background is that of hands-on, everyday problems with everyday Canadians, in the situation that we find ourselves today.

What is it that I do? What is radiology? What are we talking about?

Roentgen discovered x-rays 105 years ago. He used the process to image his wife's hand. It provided a rather crude but reasonably detailed picture of the anatomy of the bones. For most of the last century, that is as far as radiology progressed. We looked at gross anatomy and some function and structure within the body, but we

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 29 mars 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 05 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Sénateurs, nous sommes ici pour poursuivre notre examen du système de soins de santé au Canada. Ce matin, quelques témoins s'intéresseront à la question de la technologie, c'est-à-dire l'état de la technologie actuelle au Canada, l'évaluation que nous faisons de la nouvelle technologie et, en dernière analyse, le coût qu'elle représente pour le système de soins de santé.

Nous devons interrompre nos travaux pour la séance que le Sénat tiendra à 13 h 30 aujourd'hui. Nous terminerons la séance ouverte à 13 heures, puis nous tiendrons une brève séance à huis clos.

Notre premier témoin d'aujourd'hui est le Dr John Radomsky, de l'Association canadienne des radiologistes. Je demanderai aux quatre témoins de présenter un exposé, après quoi nous adresserons des questions au groupe de témoins.

**Le Dr John Radomsky, président, Association canadienne des radiologistes:** Nous avons préparé le document que vous avez sous les yeux, lequel servira de point de départ à mes propos d'aujourd'hui. On y retrouve des détails que je ne pourrai pas retenir dans mon intervention. Dans le rapport, vous trouverez des recommandations détaillées et bon nombre de questions que je n'aurai pas le temps de soulever.

La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre. La Loi canadienne sur la santé de 1984 définit les paramètres des services que nous fournissons aux Canadiens.

Je suis un radiologiste généraliste, et non un chercheur universitaire. Je me présente à vous fort de mes 24 années d'expérience pratique de la radiologie dans le centre de l'Alberta, c'est-à-dire un territoire de 10 000 milles carrés comptant un important centre de référence régional, de 10 à 15 hôpitaux et cliniques de petite taille répartis sur tout le territoire, et, enfin, un établissement de soins de santé indépendant relativement important financé par le régime d'assurance-maladie.

Je possède donc une expérience de première main des problèmes qu'éprouvent les Canadiens moyens confrontés à la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

En quoi consiste mon travail? Qu'est-ce que la radiologie? De quoi parlons-nous?

Röntgen a découvert les rayons X il y a 105 ans. Il a utilisé la procédure pour donner une image de la main de sa femme. La technologie a donné un portrait plutôt grossier, mais relativement détaillé, de l'anatomie des os. Pendant la majeure partie du siècle dernier, la radiologie n'a pas été plus loin. Nous pouvons

did not get much farther until the last two or three decades when the computer revolution, information technology, and all the new high powered technologies allowed us to develop our profession into a multi-modality, multi-speciality service that is best described as medical imaging, not just radiology. We use gamma rays, x-rays, ultrasound, magnetic fields and radio frequency to provide highly detailed sectional images of the body.

We are now at the point with the service that we cannot only screen for disease, we can diagnose disease. We can describe the extent and the spread of disease. In many instances, we are crossing the boundaries into therapy where we can use image-guided procedures to do biopsies and other therapeutic procedures that replace, significantly, more expensive, more time-consuming and, for the patient, much more painful procedures.

Clearly, then, medical imaging is strategically placed to be central — crossing many boundaries, many specialities, in the medical system.

We are not just taking x-rays. We have gone to the point now where we can look at the molecular level. The issues we face as radiologists are not simply radiology issues. They are issues that must be addressed by virtually the entire medical community. We are multi-modality and multi-specialty at this point.

Where does this take us in the future? Very briefly, we can only see a significant increase in demand for medical imaging services. There are minimally invasive, cost-effective, and very minimally traumatic to patients.

We have a cohort of approximately 10 million baby boomers in Canada who very soon will reach that age, the last 20 per cent of their life span, where they will require the greatest part, approximately 80 per cent, of their medical care. We may not be prepared within the confines of the current system to provide that care for those patients and to provide the consultations with our other colleagues in other fields. In 20 to 30 years, our population over 60 is expected to increase from approximately 10 to 15 per cent to over 30 per cent of the total population. That is why we are concerned and why we are here today.

Finally, in the future, to be very brief, we are in the age of information technology — the age of computers. We are now able to rapidly acquire cross-sectional and other images digitally and almost instantaneously transfer those images within our institutions to other institutions and even across international boundaries. Yet, our industry, the medical industry, is the only industry in Canada that has not seized on this strategic advantage and developed the infrastructure to use information technology which in every other industry has been proven to be incredibly

examiner l'anatomie, représentée de façon rudimentaire, de même que certaines structures et fonctions du corps, mais nous ne sommes pas allés beaucoup plus loin avant les deux ou trois dernières décennies: la révolution informatique, la technologie de l'information et les nouvelles technologies à grande puissance nous ont permis de faire de notre profession un service multimodal et polyvalent qu'il convient désormais de nommer «imagerie médicale», et non plus simplement «radiologie». Nous utilisons les rayons gamma, les rayons X, l'échographie, les champs magnétiques et le rayonnement radioélectrique pour afficher des coupes sectionnelles du corps d'une très grande précision.

Aujourd'hui, nous pouvons non seulement dépister des maladies, mais aussi les diagnostiquer. Nous pouvons décrire la portée et l'étendue des maladies. Dans de nombreux cas, nous infilons les frontières thérapeutiques pour participer par la voie de l'imagerie à des biopsies et à d'autres procédures thérapeutiques, qui, fait important, remplacent des procédures plus coûteuses, plus longues et beaucoup plus douloureuses pour le patient.

Il est certain que l'imagerie médicale — qui transcende de nombreuses frontières et spécialités — se trouve idéalement positionnée pour occuper une place centrale dans le réseau de la santé.

Il ne s'agit pas que des rayons X. Nous pouvons désormais créer des images au niveau moléculaire. Les problèmes auxquels les radiologues sont aujourd'hui confrontés ne relèvent pas que de la simple radiologie. Ce sont des problèmes auxquels sont confrontés la quasi-totalité des membres de la profession médicale. Nous offrons désormais des services multimodaux et polyvalents.

Vers où cela nous conduira-t-il? Très brièvement, je précise que nous constatons une augmentation majeure de la demande de services d'imagerie médicale. Ces services sont très peu effrayants et efficaces, et les inconvénients pour les patients sont tout à fait minimes.

Le Canada compte une cohorte d'environ 10 millions d'enfants du «baby boom» qui atteindront bientôt l'âge — c'est-à-dire la dernière tranche de 20 p. 100 de leur vie — au cours de laquelle se concentrera la plus grande part des soins médicaux dont ils auront besoin, soit environ 80 p. 100. Compte tenu des limites du régime actuel, nous ne sommes peut-être pas prêts à fournir de tels soins aux patients concernés ni à offrir des services à nos collègues d'autres domaines. D'ici 20 à 30 ans, on s'attend à ce que la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans passe d'environ 10 à 15 p. 100 à plus de 30 p. 100 du total. C'est ce qui motive nos inquiétudes et notre présence ici aujourd'hui.

Nous vivons désormais à l'ère de la technologie de l'information — l'ère des ordinateurs. Nous sommes aujourd'hui en mesure d'obtenir rapidement des coupes transversales et d'autres images numériques pour ensuite les transmettre presque instantanément à l'intérieur de nos établissements, vers d'autres établissements et même au-delà des frontières internationales. Pourtant, notre industrie, l'industrie médicale, est la seule industrie canadienne qui n'ait pas profité de cet avantage stratégique et perfectionné l'infrastructure de la technologie de



cost-effective and saved money. We want to achieve eventually first-test, best-test, only-test as a diagnostic ideal. We cannot do this if we do not know what the patient has had done in another centre and are unable to call up the images for comparison. We simply do not have the infrastructure.

We have a major problem in our profession specifically in medical imaging. We have a major lack of equipment in the high-tech end, we have a major deficit in the standard equipment that does the ordinary, everyday basic ultrasound and x-ray and medicine procedures, and we have an accompanying manpower deficit, all stemming from the fact that approximately eight or ten years ago funding was cut to the training programs and to the acquisition programs. We are no longer in a position where we can routinely replace aging equipment. Aging equipment is only replaced now in most centres on an ad hoc basis when it is no longer functional. Indeed, our association has done a considerable amount of research on this, and up to 60 per cent of the equipment in many areas is technically outdated.

More specifically, we are at the bottom third of the Organization for Economic Cooperation and Development when it comes to numbers of high-tech equipment, but we are in the top five when it comes to health care spending as a percentage of GDP. Many of our standard x-ray machines and other machines in the hospitals are functionally inadequate at this point because they are simply too old to do the job for which they were designed. It has become quite common to see duct tape holding our equipment together. It has become a joke amongst us. You see this in the press, but it is true. I have seen it in my own hospitals and my own area of work. We are using a Band-Aid approach to fix a major problem when we need to address the structural deficiencies in the system.

With respect to manpower, currently, out of a population of approximately 1,800 to 1,900 radiologists in Canada, we are 200 radiologists short. In this province alone, in the last few weeks, the Ontario Association of Radiologists published in their newsletter job openings for at least 45 radiologists. Take this across the country and you will come up with a significant deficit. We simply do not have the manpower to provide the service. In my own practice, we have had to curtail service, and notice was given three months ago, not just today, for the benefit of the press. We have had to curtail service to two small institutions because we do not have the manpower to provide them the service on-site. Patients have to travel. They are inconvenienced. In many cases they just do not do it.

l'information qui, dans toutes les autres industries, s'est révélée incroyablement efficiente et rentable. L'idéal diagnostic que nous nous sommes fixé consisterait à effectuer du premier coup le meilleur test qui soit. Nous ne pourrions y parvenir sans avoir accès aux images du patient réalisées dans un autre centre, pour fins de comparaison. Nous ne disposons simplement pas d'infrastructure nécessaire.

Au sein de notre profession, dans le domaine de l'imagerie médicale en particulier, nous faisons face à un grave problème. Nous sommes aux prises avec une pénurie majeure d'équipement de haute technologie, un déficit important au titre du matériel habituel utilisé aux fins de la radiographie, de l'échographie et des procédures médicales ordinaires de tous les jours et avec une pénurie de personnel concomitante, autant de facteurs qui découlent des huit ou dix années de compression budgétaire dont les programmes de formation et d'acquisition de matériel ont été victimes. Nous ne sommes plus en mesure de toujours remplacer le matériel désuet. Dans la plupart des centres, on ne remplace plus le matériel qu'à titre ponctuel, lorsqu'il n'est plus fonctionnel. En fait, notre association, qui a effectué des recherches considérables à ce sujet, a constaté que, dans de nombreux secteurs, jusqu'à 60 p. 100 du matériel est dépassé sur le plan technique.

De façon plus précise, le Canada fait partie du troisième tiers des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques pour ce qui est du nombre d'appareils de haute technologie, mais il fait partie du groupe de cinq pays qui viennent au premier rang du point de vue des dépenses affectées aux soins de santé en pourcentage du PIB. Bon nombre de nos appareils de radiographie et autres appareils utilisés dans les hôpitaux ne sont plus fonctionnels, simplement parce qu'ils sont trop vieux pour effectuer le travail pour lequel ils ont été conçus. Il n'est pas rare qu'on utilise du ruban adhésif en toile pour rafistoler le matériel. C'est devenu un sujet de plaisanterie entre nous. On lit des articles à ce sujet dans les médias, mais c'est la vérité. J'en ai moi-même été témoin dans les hôpitaux où je travaille et dans mon secteur. Nous avons recours à des expédients pour régler un problème majeur, tandis que nous devrions nous attaquer aux déficiences structurelles du système.

En ce qui concerne l'effectif, le Canada compte actuellement de 1 800 à 1 900 radiologistes, et il en manque 200. Dans la seule province où nous nous trouvons, mentionnons que, au cours des dernières semaines, l'Ontario Association of Radiologists a, dans son bulletin, publié pas moins de 45 offres d'emploi pour radiologistes. Appliquez les mêmes proportions au reste du pays, et vous vous retrouverez avec un sérieux déficit sur les bras. Nous ne disposons tout simplement pas de l'effectif nécessaire pour fournir les services. Dans mon propre secteur, nous avons dû réduire les services, et nous avons fait une annonce en ce sens il y a trois mois, et non pas uniquement aujourd'hui au profit des médias. Nous avons dû réduire les services dans deux établissements de petite taille faute d'un personnel suffisant pour assurer les services sur place. Les patients doivent se déplacer. Ils subissent des inconvénients. Dans de nombreux cas, ils négligeront simplement de le faire.

There is within this context a specific subgroup of facilities that require our assessment: The community-based, independent health care facilities. These are funded through the health care system, along with the hospitals, but are unfairly treated in the tax system. In Ontario, Alberta, British Columbia and Quebec, up to 50 per cent of all imaging procedures are done in these facilities, yet many of them are facing closure because of increasing costs and the low cost of our dollar. They are paying GST on their equipment and supplies, and they cannot recoup it. It is a tax that no one else in the health care system is forced to pay, only the independent health care facilities. This is an issue that needs to be addressed if we are to take some of the health care out of the larger institutions and spread it into the community. We need viable, independent facilities.

We have an archaic funding system that puts money in silos and prevents the efficiency in one specialty from crossing boundaries into another. Basically, that is the message I wish to give you. Our report has a number of recommendations. I will summarize them in three broad categories. First, we need a collaborative approach to solve our issues. It is not just a radiology issue; it is a system-wide issue. We need, as radiologists, to get together with all the other professionals and discuss the issues with government, all levels of government. We will not solve the problem if we do not. This has been successfully done in some other provinces.

Second, we do need at this point in time a certain amount of funding to fix the things that we are putting Band-Aids on now.

Third, we need very badly to address the manpower issues, both amongst the radiologists and technologists, because these two are intertwined and cannot be separated.

**Mr. Martin Zelder, Director of Health Policy Research, The Fraser Institute:** I am delighted and honoured to be back here today speaking to you on this compelling and important topic. My brief and my remarks today address the fundamental question: Does the Canadian health care system provide the right amount of various medical technologies? By "right amount", I mean economically efficient amounts. I will get to the precise details of that in a moment.

This seems like a fairly simple question to state. Are we getting the right amounts of these technologies? It is a far more difficult question to answer, but it is vitally important that we do so.

In the words of one leading health economist, the alternative to not answering this question is to proceed blindly. Why is there such difficulty in answering this question? One reason is the intrinsic nature of technology. It is characterized by rapid innovation and rapid obsolescence. The material that we are studying is changing rapidly. By the same token, analysis of

Dans ce contexte, on doit accorder une attention particulière à un sous-groupe précis d'établissements, c'est-à-dire les petits établissements de santé communautaire indépendants. Financés par le régime de soins de santé, au même titre que les hôpitaux, ces établissements ne sont pas traités équitablement sur le plan fiscal. En Ontario, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Québec, jusqu'à 50 p. 100 des activités d'imagerie médicale sont effectuées dans de tels établissements. Pourtant, bon nombre d'entre eux sont acculés à la fermeture en raison de l'augmentation des coûts et de la faiblesse de notre dollar. Ils doivent payer la TPS sur le matériel et les fournitures sans pouvoir la récupérer. C'est une taxe dont tous les autres intervenants du système de soins de santé sont exonérés, à l'exception des établissements de soins de santé indépendant. Si on veut faire sortir une partie des soins de santé des grands établissements et les répartir dans la collectivité, on devra s'attaquer à ce problème. Nous avons besoin d'établissements indépendants viables.

Nous sommes dotés d'un régime de financement archaïque, de financement cloisonné qui empêche le secteur de bénéficier de l'efficacité d'un autre. Essentiellement, tel est le message que je tiens à vous communiquer. Notre rapport renferme un certain nombre de recommandations. Je les résumerai sous trois grandes catégories. Premièrement, nous devons adopter une approche axée sur la collaboration pour régler nos problèmes. Il s'agit non pas simplement d'un problème de radiologie, mais bien d'un problème commun à l'ensemble du réseau. À titre de radiologistes, nous devons nous unir aux autres professionnels de la santé et discuter des problèmes avec le gouvernement et tous les ordres de gouvernement. Sinon, nous ne réglerons rien. Dans certaines autres provinces, la démarche a connu du succès.

Deuxièmement, nous devons dès maintenant recevoir certains fonds pour régler les problèmes que, pour le moment, nous nous contentons de balayer sous le tapis au moyen d'expédients.

Troisièmement, nous devons de toute urgence nous attaquer aux problèmes liés à la pénurie de personnel, chez les radiologistes aussi bien que chez les technologues, parce que les deux sont interreliés et ne peuvent être dissociés.

**M. Martin Zelder, directeur de la recherche sur les politiques de santé, Institut Fraser:** Je suis heureux et honoré d'être ici aujourd'hui pour discuter avec vous de ce sujet impérieux et important. Mon mémoire et mes propos d'aujourd'hui soulèvent la question fondamentale suivante: le système de soins de santé du Canada assure-t-il aujourd'hui une disponibilité suffisante pour divers types de technologie médicale? J'entends «suffisante» au sens économique. J'entrerais dans les détails un peu plus tard.

La question s'énonce assez simplement. Avons-nous accès aux technologies en quantité suffisante? Il est beaucoup plus difficile d'y répondre, mais nous devons à tout prix le faire.

Pour reprendre les mots d'un économiste sanitaire de renom, ne pas répondre à la question, c'est avancer à l'aveuglette. Pourquoi est-il si difficile de répondre à la question? Une raison tient à la nature même de la technologie. Elle se caractérise par l'innovation et la désuétude rapides. Le matériel que nous étudions est en voie de transformation rapide. L'analyse de la technologie relève donc



technology falls into the same mould. It is characterized by frequent innovation and frequent obsolescence.

The second major reason that this question is difficult to answer is that the analysis required to give a comprehensive response is complicated. It involves fundamental understanding of medical, statistical and economic concepts and methods.

For these two reasons, the relative newness and fluidity of much important medical technology, and the analytical demands on researchers, economic assessment of technology is in its relative infancy. At the same time, there are many talented people working in this area, so this “infant” has a good prognosis.

These caveats aside, the amount that we know about the daunting nature of the task is not inconsiderable. That knowledge can be divided into two basic categories: the basic facts of the situation, and some analysis of these facts.

After I discuss those two headings, I will offer some brief commentary and recommendations. All of that is spelled out in more detail in the brief.

What are the facts? Compared to other OECD countries, Canada offers extremely low rates of availability of most basic technologies measured by the OECD. If you turn to table 1 following page 16 of the brief, you see that this is essentially an updated version of the tables that were contained in our 1998 technology survey. It shows little change between that time and now. Availability is measured as the number of machines per million population. Thus, we see that Canada is 20th of 29 countries in availability of CT scanners, 21st in availability of MRIs and 20th in availability of lithotripters — machines that break up kidney stones. Canada is better by this measure in availability of radiation equipment, where we measured sixth and ninth in hemodialysis stations.

At the same time, it is important to note that Canada's rank in the OECD in terms of health spending is near the top. For that particular year, 1997, we were fourth in per capita spending, and fifth in spending as a share of GDP. This tells us that Canada's levels of technology are disproportionately low given its spending.

Availability of advanced technologies is also limited. That data in table 1 is the more basic technologies. We also looked at the advanced technologies in our original report. I do not have updated figures on those today, but the data from the earlier report is contained in the brief in table 3. This reports on advanced technologies that were unavailable in any British Columbia hospital at that time, but were available in some hospitals in both

de la même logique. Elle se caractérise par une innovation et une désuétude fréquentes.

La deuxième grande raison qui explique la difficulté d'apporter une réponse tient au fait que l'analyse sur laquelle doit s'appuyer une réponse exhaustive est complexe. Elle suppose une compréhension approfondie de notions et de méthodes médicales, statistiques et économiques.

Pour ces raisons, la nouveauté et la fluidité relatives de technologies médicales très importantes, de même que les exigences auxquelles font face les chercheurs du point de vue de l'analyse, l'évaluation économique de la technologie en est au stade embryonnaire. En même temps, de nombreux spécialistes talentueux s'intéressent à la question, de sorte que le pronostic pour l'«embryon» est bon.

Maintenant que les mises en garde ont été faites, la somme de ce que nous savons au sujet de la nature intimidante de la tâche qui nous attend n'est pas négligeable. On peut diviser ces connaissances en deux grandes catégories: les faits fondamentaux qui entourent la situation et l'analyse de ces derniers.

Après m'être intéressé à ces deux éléments, je formulerai un bref commentaire et des recommandations. Vous trouverez plus de détails à ce sujet dans le mémoire.

Quels sont les faits? Par rapport à d'autres pays de l'OCDE, le Canada offre des taux peu élevés de disponibilité de la plupart des technologies de base mesurées par l'OCDE. Si vous consultez le tableau 1 qui figure à la page 16 de la version anglaise de notre mémoire, vous constaterez qu'il s'agit essentiellement d'une version actualisée des tableaux qui figuraient dans notre enquête de 1998 sur la technologie. On constate peu de changements entre 1998 et aujourd'hui. La disponibilité est mesurée en fonction du nombre de machines par millions d'habitants. Nous constatons donc que le Canada vient au 20<sup>e</sup> rang de 29 pays du point de vue de la disponibilité des tomodesintomètres, au 21<sup>e</sup> rang du point de vue de la disponibilité des IRM, et, enfin, au 21<sup>e</sup> rang du point de vue de la disponibilité des lithotriteurs — appareils servant à broyer les calculs rénaux. Le Canada se tire mieux d'affaire en ce qui touche la disponibilité des appareils de radiothérapie, domaine dans lequel il arrive au sixième rang. En ce qui concerne les postes d'hémodialyse, il vient au neuvième rang.

En même temps, il importe de remarquer que le Canada compte parmi les pays de l'OCDE dont les dépenses affectées à la santé sont les plus élevées. En 1997, en particulier, nous venons au quatrième rang du point de vue des dépenses par habitant et au cinquième rang du point de vue des dépenses en pourcentage du PIB. Ces données montrent bien que le niveau de technologie dont dispose le Canada est proportionnellement trop peu élevé compte tenu de ses dépenses.

La disponibilité des technologies de pointe est également limitée. Les données qui figurent au tableau 1 portent sur des technologies plus fondamentales. Dans notre rapport initial, nous nous sommes également intéressés aux technologies de pointe. Je n'ai pas de chiffres à jour à ce sujet aujourd'hui, mais les données du rapport antérieur figurent au tableau 3 du mémoire. Les chiffres font état de technologies de pointe qui, à l'époque,

Washington and Oregon, the nearest neighbours of British Columbia.

Thus, there are 18 of these unavailable leading edge technologies, which are listed in table 3. The deficit is in terms of basic technology and more advanced technology.

Given the amount of technology available, access in Canada is substantially limited by waiting time. In table 4, I have listed the time that a typical patient must wait after they have already consulted with a radiation oncologist and before they receive treatment. We see that for 1999, the typical waiting time was over six weeks between an appointment for consultation with the radiation oncologist and actual radiation treatment. It was as long as nine and one half weeks in Quebec. We see that overall, this was a substantial increase over 1993 — 69 per cent increase in this segment of waiting time between 1993 and 1999.

Of course, in addition to this second segment of waiting time, after you have seen the specialist and before you are treated, there is an initial segment of waiting time — typically three weeks between seeing a GP and consulting with an oncologist in the first place. Therefore, presently, the typical waiting time overall is over nine weeks. This partly reflects the unavailability of radiation equipment. In our survey, we asked radiation oncologists what the reasons were if there were greater waiting times. Of the oncologists who in 1999 said, "Yes," 66 per cent said that one reason was that they were unable to gain access to radiation equipment. Direct unavailability of the machinery was a substantial reason.

Sometimes Canadians travel to the U.S. for treatment. We asked the doctors what percentage of their patients received treatment in other countries in a given year. In 1999, the radiation oncologists had the highest percentage of any specialty — 4.5 per cent of their patients were going to other countries to receive treatment. Some of this travel was organized by the provinces, and that, of course, has been well publicized. That compares with only about 1.5 per cent of patients, on average, travelling to other countries to receive treatment across all specialties. This is a particularly big problem in radiation oncology.

Table 5 shows that waiting times for CT, MRI and ultrasound scans are relatively long and are growing. In particular, the current waiting time for an MRI is 12 weeks and five weeks for a CT scan. All of those figures have grown by more than 40 per cent since 1994.

These are some basic facts.

Now let me turn to analysis. The most popular approach to analysis is called "cost utility analysis." In it, one compares a new medical intervention with an existing standard intervention. The comparison occurs along two dimensions: cost and outcome. The

n'étaient pas disponibles dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique, mais qui l'étaient dans certains hôpitaux des États de Washington et de l'Orégon, voisins les plus proches de la Colombie-Britannique.

Ainsi, 18 de ces technologies de pointe, énumérées au tableau 3, n'étaient pas disponibles. Le déficit a donc trait à la technologie de base comme à la technologie plus perfectionnée.

Étant donné la technologie limitée dont le Canada dispose, les périodes d'attente sont considérables. Au tableau 4, j'ai indiqué pendant combien de temps le patient moyen doit attendre pour recevoir un traitement après avoir consulté un oncoradiologiste. En 1999, la période d'attente habituelle était de plus de six semaines entre la consultation d'un oncoradiologiste et la radiothérapie en elle-même. Au Québec, l'attente pouvait atteindre neuf et même neuf semaines et demie. Dans l'ensemble, nous constatons une augmentation marquée par rapport à 1993 — dans ce segment, les temps d'attente ont augmenté de 69 p. 100 entre 1993 et 1999.

Naturellement, entre ce deuxième temps d'attente, soit entre la consultation du spécialiste et le traitement, il y a une période d'attente initiale — habituellement trois semaines entre la consultation d'un généraliste et celle d'un oncologue. À l'heure actuelle, la période d'attente est habituellement de plus de neuf semaines. Cette situation témoigne en partie de la non-disponibilité des appareils de radiothérapie. Dans notre enquête, nous avons demandé aux oncoradiologistes de préciser les raisons, le cas échéant, des périodes d'attente plus longues. Parmi les oncologues qui, en 1999, ont répondu «oui» à la question, 66 p. 100 ont déclaré que l'une des raisons était l'incapacité d'accéder aux appareils de radiothérapie. La non-disponibilité directe des appareils comptait pour l'une des raisons importantes.

Parfois, les Canadiens se rendent aux États-Unis pour obtenir un traitement. Nous avons demandé aux médecins d'indiquer le pourcentage de leurs patients qui avaient reçu un traitement dans d'autres pays au cours d'une année donnée. En 1999, c'est chez les oncoradiologistes qu'on a observé le pourcentage le plus élevé parmi l'ensemble des spécialistes — 4,5 p. 100 de leurs patients se rendaient dans d'autres pays pour recevoir des traitements. Certains des déplacements étaient organisés par les provinces, fait qui, naturellement, a été bien médiatisé. Dans l'ensemble des spécialités, la proportion de patients qui, en moyenne, se rendent dans d'autres pays pour obtenir un traitement s'établit à 1,5 p. 100. Le problème est donc particulièrement épineux dans le domaine de l'oncoradiologie.

Le tableau 5 montre que la période d'attente pour les tomodensitomètres, les IRM et les échographies sont relativement longs et rallongent. En particulier, la période d'attente pour une IRM est de 12 semaines; elle est de 5 semaines pour la tomodensitométrie. Ces données font toutes état d'une augmentation de plus de 40 p. 100 par rapport à 1994.

Ce sont là des faits bruts.

Permettez-moi maintenant de passer à l'analyse. L'approche la plus populaire est ce qu'on appelle l'«analyse coût-utilité». On s'en sert pour comparer une intervention médicale nouvelle à une intervention habituelle existante. La comparaison porte sur deux



cost measurement is intended to be comprehensive, that is, not just the direct medical cost, but also indirect costs of lost income, and pain and suffering. The outcome measure is "quality-adjusted life years." This indicates the benefit of medical intervention. It indicates both how much longer a person is expected to live and with what quality of life. Therefore, a value of one for a quality-adjusted life years measurement means that you will have an additional year of life with no impairments or disabilities of any kind. A value of zero is equivalent to being dead, and values between zero and one indicate some degree of disability.

The difficult part then is to value these intermediate states between perfect health and the worst possible state, where you may just as well be dead. How bad is it to live for an additional year if you have weekly hour-long migraine headaches? Economists have developed elaborate methodologies to try to answer these questions. They ask people to rate different disabilities on a 10-point scale. For example, they ask people how many years of life with a particular disability would they be willing to give up to have one year of life with perfect health. Through these mechanisms, we can value how many quality-adjusted life years correspond to different disabilities.

We can evaluate new technologies and new medical interventions in terms of the dollar cost that must be incurred per additional quality-adjusted life year. There are now estimates of these dollar-per-quality-adjusted-life-year values for a number of different interventions. Table 8 gives some examples that pertain to technological machinery. This data, as I note, comes from the Harvard Center for Risk Analysis — a real paragon in the field. Most of these estimates, if not all, are not the original research of the Harvard people but, in fact, work done by other researchers, which the Harvard people evaluate. They question whether the estimates are good. They determine the exact nature of the estimates.

On table 6, you will see that when you compare new and existing treatments, you get four different types of results. In some cases, the new treatment gives more quality-adjusted life years, QALYs. It also involves lower cost. That is in the upper left-hand corner of the table. Those interventions are referred to as "cost saving." You get better results at lower cost.

However, some interventions offer fewer QALYs at higher cost. That is in the lower right-hand corner. Those interventions are referred to as ones that are "dominated." They are worse on both quality and cost dimensions.

The most typical case is to get more QALYs at higher cost, and that is in the lower left-hand corner. The lower right-hand corner almost never happens, that is, fewer QALYs and lower cost.

éléments: le coût et les résultats. La mesure du coût vise l'exhaustivité, c'est-à-dire qu'elle porte non seulement sur le coût médical direct, mais aussi sur les coûts indirects que représentent la perte de revenu, la douleur et la souffrance. Le résultat se mesure en années-personnes sans invalidité. Cette mesure fait état des avantages d'une intervention médicale. Elle indique le nombre d'années de plus qu'une personne a à vivre de même que la qualité de vie qu'elle aura. Du point de vue des années-personnes sans invalidité, une mesure de un signifie que la personne aura une année de plus à vivre sans déficience ni invalidité de quelque nature que ce soit. Une valeur de zéro équivaut à la mort, tandis que des valeurs situées entre zéro et un indiquent une forme ou une autre d'invalidité.

La difficulté, c'est d'accorder une valeur aux états intermédiaires entre un état de santé parfait et le pire état de santé qui se puisse imaginer, ce qui signifie qu'il vaudrait mieux que la personne soit morte. Jusqu'à quel point la personne qui vit une année de plus souffre-t-elle si elle doit composer toutes les semaines avec des migraines qui durent pendant des heures? Les économistes ont mis au point des méthodologies complexes pour tenter de répondre à ces questions. On demande à des personnes de coter diverses invalidités sur une échelle en dix points. Par exemple, on leur demande de préciser le nombre d'années de vie avec un handicap donné auxquelles elles seraient prêtes à renoncer pour une année en parfaite santé. Au moyen de ces mécanismes, nous sommes en mesure d'établir combien d'années-personnes sans invalidité correspondent à diverses invalidités.

Nous pouvons évaluer les nouvelles technologies et les nouvelles interventions chirurgicales du point de vue du coût par année-personne sans invalidité. On dispose désormais d'estimations du coût des années-personnes sans invalidité pour un certain nombre d'interventions différentes. Au tableau 8, on trouve certains exemples se rapportant aux appareils technologiques. Ces données, je le souligne, viennent du Harvard Center for Risk Analysis — une référence dans le domaine. La plupart de ces estimations, sinon la totalité d'entre elles, portent non pas tant sur les recherches initiales effectuées par les spécialistes de Harvard, mais bien plutôt sur les travaux d'autres chercheurs, que les spécialistes de Harvard évaluent. Ils se demandent si les estimations sont valables. Ils déterminent la nature exacte des estimations.

Au tableau 6, vous constaterez que, lorsqu'on compare les nouveaux traitements existants, on obtient quatre types de résultats différents. Dans certains cas, le traitement procure plus d'années-personnes sans invalidité. Il suppose également des coûts réduits. Les données figurent dans le coin supérieur gauche du tableau. On considère ces interventions comme des mesures d'économie. On obtient de meilleurs résultats à meilleur compte.

Cependant, certaines interventions assurent moins d'années-personnes sans invalidité à un coût plus élevé. Les interventions en question figurent dans le coin inférieur droit. On dit qu'elles sont «dominées». Ce sont les interventions les moins valables du point de vue du coût et de la qualité.

Habituellement, on obtient plus d'années-personnes sans invalidité pour un coût plus élevé, et les interventions de cette nature figurent dans le coin inférieur gauche. Le cas de figure

The Harvard group has published an evaluation of about 650 treatments in terms of the dollars per quality-adjusted life year. From this list of 650, they pull out 228 that they say meet particular methodological standards. They say that they are well-done studies that meet certain methodological criteria. These are called "panel worthy studies."

I have pulled six of those studies and put them in table 10. These relate to technological machinery, showing the dollars per QALY.

I urge that we take this data from leading sources like the Harvard centre. We should try to come up with a rule to determine which interventions justify their costs. Those interventions that justify their cost should be accepted for treatment. The others should be rejected.

In order to do this, we must come up with some cut-off value. How many dollars are we willing to pay for a quality-adjusted life year? Again, there are methods for doing this based on the statistical value of a life. I did some back-of-the-envelope calculations and came up with a value of about \$80,000 per quality-adjusted life year for Canada.

One may quibble with the precision of the estimate, but my point is that we should make such an estimate on a principle basis. We should determine how many dollars we are willing to pay per quality-adjusted life year. We should look at a table like the Harvard table or any other reputable research we can get. We can then determine that all interventions that cost more than this figure, \$80,000 per quality-adjusted life year, would be rejected for being too expensive. Everything below that line would be considered interventions that we should undertake and are worth it to society. They are efficient.

Before coming here today, I undertook some original preliminary analysis of data to attempt to determine whether Canada should add to its stock of medical technology. I took the OECD technology availability numbers from table 1. I estimated the effects of increases in availability on life expectancy among the OECD countries. Do countries that have higher availability of technology have longer life expectancies? I took account of other differences among the countries in health spending and consumption of alcohol and tobacco.

What did I find? I found that an increase in the number of CT scanners per 1 million population led to significantly higher life expectancy at the age of 60 years, but not higher life expectancy at any other age.

illustré dans le coin inférieur droit. c'est-à-dire moins d'années-personnes sans invalidité à un coût inférieur, ne se matérialise pratiquement jamais.

Le même groupe de Harvard a publié une évaluation d'environ 650 traitements du point de vue du coût des années-personnes sans invalidité. De cette liste de 650 traitements, ils en ont extrait 228, qui à leurs yeux, répondent à des normes méthodologiques données. Ils affirment qu'il s'agit d'études bien menées répondant à certains critères méthodologiques. Ces études sont réputées «dignes d'un jury».

J'ai reproduit six d'entre elles au tableau 10. Elles portent sur les appareils technologiques, du point de vue du coût par année-personne sans invalidité.

J'insiste sur le fait que les données proviennent de sources de premier plan comme le centre Harvard. Nous devrions tenter d'établir une règle qui permette de déterminer les interventions dont les coûts se justifient. Ces dernières devraient être acceptées à des fins de traitement. Quant aux autres, elles devraient être rejetées.

Pour ce faire, nous devons déterminer un certain seuil. Combien sommes-nous prêts à payer pour une année-personne sans invalidité? Une fois de plus, on dispose de méthodes qui permettent d'établir de telles données sur la foi de la valeur statistique d'une vie. J'ai effectué certains calculs sommaires et abouti à une valeur d'environ 80 000 \$ par année-personne sans invalidité au Canada.

On pourra peut-être mettre en doute la précision de l'estimation, mais je ne veux que souligner que nous devrions établir une estimation raisonnée. Nous devrions déterminer combien nous sommes prêts à payer pour une année-personne sans invalidité. Nous devrions examiner un tableau comme celui de Harvard ou toute autre recherche fiable que nous pourrions trouver. Nous pourrions alors déterminer que toutes les interventions qui coûtent plus, c'est-à-dire plus que 80 000 \$ par année-personne sans invalidité, seront rejetées en raison de leur coût excessif. Nous pourrions considérer que les interventions dont le coût est inférieur à ce seuil méritent d'être effectuées et en valent le coût pour la société. Elles sont efficaces.

Avant de venir aujourd'hui, j'ai effectué une analyse préliminaire initiale des données pour tenter de déterminer si le Canada devrait ajouter à ses technologies médicales. Je me suis inspiré des chiffres de l'OCDE sur la disponibilité des technologies qui figurent au tableau 1. J'ai estimé les effets de l'accroissement de la disponibilité sur l'espérance de vie dans les pays de l'OCDE. Dans les pays où la technologie est plus disponible, l'espérance de vie est-elle plus élevée? J'ai tenu compte d'autres différences entre les pays du point de vue des dépenses affectées à la santé ainsi que de la consommation d'alcool et de tabac.

Qu'ai-je trouvé? J'ai remarqué qu'une augmentation du nombre de tomodensitomètres par 1 000 000 d'habitants se traduit par une augmentation marquée de l'espérance de vie à l'âge de 60 ans, mais pas aux autres âges.



This implies that CT scanners play a measurably important diagnostic role for those between the ages of 60 years and 65 years. I also found beneficial effects at most ages for radiation equipment; and beneficial effects at the age of 40 years for dialysis stations.

Returning to the estimate for CT scanners, I found that an increase of one CT scanner per million population would lead to an increase in life expectancy at the age of 60 years of about one month. From this, I was able to calculate the value of this intervention in terms of life years saved by applying their statistical value. I found a value of life saved of \$75 million.

How did this compare with the cost of adding one CT scanner? I did some research into this. The cost of adding a CT scanner — purchasing and maintaining it for its life — would be about \$8.5 million.

Therefore, my estimate is that by adding one CT scanner, Canada would benefit by \$75 million in expanded life-span at a cost of only \$8.5 million, a ratio of benefit to cost of eight to one. I should note that this ratio of benefit to cost struck me at first as implausible. It seemed to be just too big.

As I mentioned in the brief, there is a new book containing contributions by a group of leading economists. They try to estimate the value of medical research in the U.S in terms of enhanced life expectancy compared to cost. Their estimates are that medical research in the U.S. annually provides benefits that are 35 times the cost of the research. My benefit ratio of eight to one does not seem ridiculous in that context.

These amazing numbers tell us that life is valuable, and that technological advance is very potent.

One last piece of evidence regarding the value of technology comes from my recent research on the effects of government health spending. The Fraser Institute published my report last year. In it, I looked to see whether provinces that had spent more money had shorter waiting times or provided more procedures by specialists. I found that more spending did not have either desirable effect. It did not lead to reduced waiting time or more procedures being done by specialists.

I then broke down spending into categories. I found one type of spending that did increase the number of procedures that a province did. That was spending on capital. Capital, of course, includes technology.

**The Chairman:** I would ask that you get close to winding up.

**Mr. Zelder:** Given these facts and this evidence, will this data help us make better decisions in Canada? Given the current

Il s'ensuit que les tomodensitomètres peuvent jouer un rôle diagnostic d'une importance mesurable pour les personnes de 60 à 65 ans. J'ai également constaté que les appareils de radiothérapie avaient des effets bénéfiques pour tous les âges et que les postes de dialyse avaient des effets bénéfiques pour les personnes de 40 ans.

Pour revenir aux estimations concernant les tomodensitomètres, j'ai constaté qu'une augmentation de un tomodensitomètre par million d'habitant entraînait une augmentation de l'espérance de vie d'environ un mois à l'âge de 60 ans. Fort de cette donnée, j'ai été en mesure d'établir la valeur de l'intervention du point de vue des années de vie gagnées grâce à l'application de leur vie statistique. J'ai abouti à une valeur de 75 millions de dollars en années de vie gagnées.

Comment cela se compare-t-il au coût de l'ajout d'un tomodensitomètre? J'ai effectué certaines recherches à ce sujet. Le coût de l'ajout d'un tomodensitomètre — l'achat et l'entretien à vie — s'élève à environ 8,5 millions de dollars.

Selon mes estimations, l'ajout d'un tomodensitomètre permettrait au Canada de réaliser des gains de 75 millions de dollars au titre de l'augmentation de la longévité pour un coût de 8,5 millions de dollars seulement, soit un rapport coût-bénéfice de 8 pour 1. Je souligne que ce rapport m'est apparu à première vue comme peu plausible. Il m'a semblé trop élevé.

Dans le mémoire, j'ai fait allusion à un nouvel ouvrage auquel ont contribué un groupe d'économistes de premier plan. Ils tentent d'estimer la valeur des recherches médicales aux États-Unis du point de vue de l'augmentation de l'espérance de vie en regard des coûts. Selon leurs estimations, les recherches médicales effectuées aux États-Unis ont des effets bénéfiques annuels 35 fois supérieurs à leur coût. Dans ce contexte, le rapport de 8 pour 1 auquel j'ai abouti ne semble pas ridicule.

Ces chiffres étonnants nous montre que la vie est précieuse et que les percées technologiques ont un effet des plus considérables.

Les recherches récentes que j'ai consacrées aux effets des dépenses gouvernementales affectées à la santé apportent un dernier témoignage sur la valeur de la technologie. Le Fraser Institute a publié mon rapport l'année dernière. Dans mon rapport, j'ai tenté d'établir si les provinces qui dépensent le plus d'argent offrent des périodes d'attente plus courtes ou plus de procédures effectuées par des spécialistes. J'ai constaté qu'une augmentation des dépenses n'a ni l'un ni l'autre de ces effets souhaitables. Le fait de dépenser plus d'argent n'a pas eu pour effet de réduire les listes d'attente ni d'augmenter les procédures effectuées par des spécialistes.

J'ai alors ventilé les dépenses selon les catégories. J'ai fait le constat qu'il y avait un type de dépenses qui se traduisait par une augmentation du nombre de procédures offertes dans une province. C'était les dépenses d'immobilisations. Les immobilisations, bien sûr, comprennent la technologie.

**Le président:** Je vais vous demander de conclure bientôt.

**M. Zelder:** Étant donné ces faits et les informations dont nous disposons, pouvons-nous penser que nous serons habilités à

configuration of the system. I would be cautious as to whether we will in fact make better decisions, given this evidence.

There is a growing literature in the U.S. that looks at the impact of regulations that restrain reimbursement and that require bureaucratic approval for new technology purchases. These regulations restricting technology purchases and restraining reimbursement tend to retard technology adoption without necessarily lowering costs or enhancing efficiency.

This research directly bears on the Canadian situation. We have a system where reimbursement for procedures does not clearly correspond to their value to society. Our system demands that health ministries or regional health boards must often approve technology expansion. Even in the cases where hospitals could decide autonomously, they have blunted incentives to do so because of their inability to make profits.

The nature of health care decision making in Canada was best expressed 15 years ago by one expert who said:

A major characteristic of the Canadian health system is that although a variety of policies promote cost containment, very few promote efficiency.

My finding is that capital spending is the one thing that increases the number of procedures that can be done. Of every new health dollar, only two cents is spent on capital.

In conclusion, no matter how compelling and useful the evidence we accumulate from economic analysis of medical technology, we must question whether it will be put to use in today's Canada. My answer is that it will be put to use only with reforms that reward decision makers, including patients and hospital administrators, for making economically justified decisions. If that occurs, the answer to this question is yes.

**Dr. Jill Sanders, President and CEO, Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment:** It is a pleasure to be here. I see my role today as providing some information about our little organization, and the role it plays in the decision-making process regarding health technologies in Canada.

Our health care system has many research and advisory bodies. For our part, the Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, CCHOTA, is trying to help governments make difficult decisions with regard to the adoption and the use of health technologies and drugs.

prendre de meilleures décisions au Canada? À la lumière de la structure actuelle du système, je me demande, à la lumière des données, si nous y prendrions de meilleures décisions.

Aux États-Unis, de plus en plus de recherches portent sur l'impact de la réglementation qui limite les remboursements et exige l'approbation des achats de nouvelles technologies par des bureaucrates. Cette réglementation limite les achats de technologies, et les limites imposées au remboursement tendent à retarder l'adoption de la technologie sans nécessairement réduire les coûts ni accroître l'efficacité.

Ces recherches s'appliquent directement à la situation canadienne. Dans notre régime, le remboursement des procédures ne correspond pas clairement à la valeur qu'elles représentent pour la société. En vertu de notre régime, les ministères de la Santé ou les conseils de santé régionaux doivent souvent approuver l'expansion technologique. Même lorsqu'ils sont habilités à prendre des décisions autonomes, les hôpitaux ne sont pas motivés à le faire en raison de leur incapacité à réaliser des profits.

Il y a 15 ans, un spécialiste a bien décrit la nature du processus décisionnel en vigueur au Canada dans le domaine des soins de santé:

Le système de santé canadien a ceci de particulièrement remarquable qu'il y a une diversité de politiques qui font la promotion de la compression de coûts, mais peu de politiques qui font celle de l'efficacité.

Ce que j'ai constaté, c'est que les dépenses d'immobilisations sont le principal élément qui entraîne une augmentation du nombre de procédures pouvant être effectuées. Or, pour chaque dollar affecté à la santé, seulement 2 cents vont aux immobilisations.

Pour conclure, je précise que, indépendamment de la quantité de données utiles et convaincantes que nous tirons de l'analyse économique et de la technologie médicale, nous devons nous demander si elles seront utilisées dans le Canada d'aujourd'hui. À mon avis, elles ne le seront que si on procède à des réformes ayant pour effet de récompenser les décideurs, y compris les patients et les administrateurs d'hôpitaux, qui prennent des décisions éclairées sur la plan économique. Le cas échéant, la réponse à la question est oui.

**La Dre Jill Sanders, présidente-directrice générale, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé:** Je suis heureuse d'être ici. Aujourd'hui, j'ai pour rôle de vous fournir certains renseignements au sujet de notre petite organisation et du rôle qu'elle joue dans le processus décisionnel relatif aux technologies de la santé au Canada.

Notre système de soins de santé compte de nombreux organismes de recherche et de consultation. Pour sa part, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) s'efforce d'aider les gouvernements à prendre des décisions difficiles dans le cadre de l'adoption et de l'utilisation des médicaments et des technologies de la santé.



In our field we use the term “health technologies” as encompassing drugs. I will add the word “drugs” from time to time, but I am including it when I use the word “technologies.”

**The Chairman:** To be clear, you use “technology” to include pharmaceuticals.

**Dr. Sanders:** Yes. I have tried to add it, but because we do not normally add that term, I may skip it occasionally. Please keep this mind that it does include pharmaceuticals.

For more than a decade, CCHOTA has provided thorough reports that look at the technologies in health care from a broad sense, including devices, equipment and drugs. The research is working in this growing field internationally, using an interdisciplinary approach to look at issues that include safety, efficacy and cost effectiveness as they pertain to health care technology usage.

I will take a minute to share some observations with you as to where we are in Canada with respect to health technology assessment, and offer some notes as to where this might lead us in the future.

As you are aware, devices and drugs must first be licensed by the federal government before they can be sold in Canada. However, the decisions about the public funding for these technologies are largely made by the provinces and territories. The decisions that need to be made have increased in number and have become increasingly complex in recent years. The decision-makers must deal with an increasing number of products competing for those public dollars.

Taking an example from the pharmaceutical area, a few years ago CCOHTA wrote a report that contained conclusions regarding the effectiveness of an entire class of drugs known as statins. These drugs are the cholesterol busters — to lower cholesterol. However, they vary widely in price. In the province of British Columbia, two statins are the second and third most costly drugs for that province, and they accounted for over \$40 million of the drug costs in 1999.

Similarly, when it comes to medical devices, over 900 Canadian companies alone are involved in the production of devices. They often develop products created for the same purpose, but sometimes vary widely in price — sometimes competing with drugs or sometimes competing with nothing. These are difficult decisions. If governments do not have access to quality, independent information about the relative safety, efficacy and cost effectiveness, it is difficult to make wise decisions with respect to the use of taxpayer dollars.

Dans notre domaine, les médicaments font partie des «technologies de la santé». J'ajouterai le mot «médicaments» de temps à autre. Le mot «technologies», au sens où je l'entends, s'applique aux médicaments.

**Le président:** Soyons bien clairs. Le mot «technologie» au sens où vous l'entendez s'applique aux produits pharmaceutiques.

**La Dre Sanders:** Oui. J'ai tenté de l'ajouter, mais, parce que nous ne le faisons habituellement pas, il est possible que je l'oublie parfois. Ne perdez pas de vue que ce que je dis s'applique aux produits pharmaceutiques.

Depuis plus de une décennie, l'OCCETS produit des rapports exhaustifs portant sur les technologies de la santé au sens large, notamment les appareils, l'équipement et les médicaments. Dans ce domaine en pleine expansion, les recherches ont un retentissement international. Elles font appel à une approche interdisciplinaire dans le cadre de laquelle on s'intéresse à des questions comme la sécurité, l'efficacité et l'efficience, telles qu'elles s'appliquent à l'utilisation de la technologie dans le domaine des soins de santé.

Je vais prendre quelques instants pour vous faire certaines observations sur la situation actuelle du Canada du point de vue de l'évaluation des technologies de la santé de même que pour faire certains commentaires sur ce que nous réserve l'avenir à ce propos.

Comme vous le savez, les appareils et les médicaments doivent être homologués par le gouvernement fédéral avant de pouvoir être vendus au Canada. Cependant, ce sont les provinces et les territoires qui, pour une large part, prennent les décisions concernant le financement public de ces technologies. Au cours des dernières années, les décisions à prendre sont devenues plus nombreuses et complexes. Les décideurs doivent s'intéresser à de plus en plus de produits qui se disputent les deniers publics disponibles.

Prenons un exemple dans le domaine pharmaceutique. Il y a quelques années, l'OCCETS a préparé un rapport contenant des conclusions sur l'efficacité d'une nouvelle catégorie de médicaments connus sous le nom de statines. Ces médicaments sont des hypocholestérolémifiants — des médicaments qui font baisser le taux de cholestérol. Cependant, leurs prix varient considérablement. En Colombie-Britannique, deux statines viennent au deuxième et au troisième rangs des médicaments les plus coûteux pour la province. En 1999, la province y a consacré plus de 40 millions de dollars.

En ce qui concerne les instruments médicaux, plus de 900 sociétés canadiennes oeuvrent dans le domaine de la production. Souvent, elles mettent au point des produits créés aux mêmes fins, mais, parfois, les prix varient considérablement — dans certains cas, ces instruments concurrencent des médicaments, et dans d'autres, rien du tout. Ce sont des décisions difficiles à prendre. Si les gouvernements n'ont pas accès à des informations indépendantes de qualité sur l'innocuité, l'efficacité et l'efficience relatives des produits, il devient difficile de prendre des décisions sages relativement à l'utilisation de l'argent des contribuables.

More health technologies and drugs are appearing all the time, and they are moving into the development and marketing phase much faster than they used to. For example, in 1995, Health Canada issued 378 notices of compliance for pharmaceuticals. In the year 2000, that number had increased to 457. In other words, almost 500 new drugs, or new uses for old drugs, are approved annually. It is a staggering number for the decision makers to deal with, and the numbers continue to grow.

Similarly, Health Canada estimates that another 25,000 new medical devices appear on the Canadian market every year.

Things that may have been inconceivable last year, have the potential to be in practice next year, because the rate of development of technology is so fast.

An example of the physicians' response to a recent Angus Reid Group survey was that 40 per cent of family doctors, last year, believed that human cloning would eventually become accepted medical practice; and 90 per cent believed that cloning for body parts would become accepted medical practice. The effect of this acceleration is dizzying to those who are charged with these difficult decisions using public funds, and, of course, the impact is felt financially.

Taking prescription drugs, again, is an example. When CCHOTA was established just over 10 years ago by the deputy ministers of health, the budget for prescription drugs in Canada at that time was \$4.2 billion, with about \$1.9 billion of that from public funds. Today, that number has tripled to \$11.4 billion in prescription drugs in Canada, with about \$4.9 billion of that being paid by public funds. In other words, the governments now spend nearly as much on prescription drugs as they do on services provided by physicians.

An additional factor for public payers is the increasing savvy of an educated public, which of course is a good thing. People access and understand health information at a far more sophisticated level than even a decade ago. Mostly, this is as a result of the Internet, where there are currently 40,000 health Web sites. People are accessing these at a fairly high rate.

We can hypothesize. We heard about the baby boomers aging — the "me generation." The other aspect is that we place a far stronger demand on the system for access to technologies. We expect solutions. We have been raised in an era where we have been trained to expect solutions to problems. We are moving towards a more patient-driven health care system as a result of that savvy and a more demanding population.

Des médicaments et des technologies de la santé voient fréquemment le jour et passent au stade du développement et de la mise en marché beaucoup plus vite qu'auparavant. À titre d'exemple, en 1995, Santé Canada a délivré 378 avis de conformité pour des produits pharmaceutiques. En l'an 2000, le chiffre est passé à 457. En d'autres termes, près de 500 nouveaux médicaments ou nouveaux usages pour d'anciens médicaments sont approuvés chaque année. Les décideurs font donc face à un nombre affolant de demandes, lequel continue d'augmenter.

De la même façon, Santé Canada estime à 25 000 le nombre de nouveaux instruments médicaux qui, chaque année, font leur entrée sur le marché canadien.

Au rythme où évolue la technologie, ce qui était inconcevable l'année précédente pourrait être monnaie courante l'année suivante.

Citons, à titre d'exemple, les réponses à une enquête récente d'Angus Reid: l'année dernière, 40 p. 100 des médecins de famille étaient d'avis que le clonage humain constituerait un jour une pratique médicale admise; par ailleurs, 90 p. 100 d'entre eux disent croire que le clonage de parties du corps deviendrait une pratique médicale admise. Cette accélération a un effet étourdissant sur les responsables des difficiles décisions concernant l'utilisation des fonds publics. Naturellement, elles ont un impact financier.

Prenons une fois de plus un exemple dans le domaine des médicaments d'ordonnance. Quand, il y a tout juste un peu plus de dix ans, l'OCCETS a été créée par les sous-ministres de la Santé, le budget des médicaments d'ordonnance au Canada s'élevait à 4,2 milliards de dollars, environ 1,9 milliard de dollars provenant des fonds publics. Aujourd'hui, le budget des médicaments d'ordonnance au Canada a triplé pour s'établir à 11,4 milliards de dollars, 4,9 millions de dollars provenant des fonds publics. En d'autres termes, le gouvernement consacre aujourd'hui presque autant d'argent aux médicaments d'ordonnance qu'aux services fournis par les médecins.

Les responsables des fonds publics doivent faire face à un facteur additionnel, soit des citoyens de mieux en mieux informés, ce qui, naturellement, est une bonne chose. Les Canadiens ont accès à des informations sur la santé nettement plus poussées qu'il y a dix ans, et la compréhension qu'ils en ont est à l'avenant. Le phénomène s'explique pour la plus grande part par l'avènement d'Internet, où on retrouve actuellement 40 000 sites Web dans le secteur de la santé. Le nombre de visites effectuées à ces sites est relativement élevé.

Nous pouvons faire des hypothèses. Nous avons entendu parler du vieillissement des enfants du «baby boom» — qui sont les représentants de la «génération du moi». Il faut aussi tenir compte du fait que nous exerçons beaucoup plus de pressions sur le système du point de vue de l'accès aux technologies. Nous attendons des solutions. À l'époque où nous avons grandi, on nous a habitué à attendre des solutions aux problèmes. En raison d'une population de plus en plus avisée et exigeante, nous évoluons vers un système de soins de santé davantage dirigé par les patients.



At the same time, the health care providers, particularly in some sub-specialties, are eager to adopt new technologies. The overall impact of this is a strong market pull for technologies and drugs. Given all these pressures, how can those entrusted with spending our public health care be assisted with these decisions? What do they base these decisions on?

I refer you to an environmental scan conducted recently by CCHOTA and four other national health organizations this last month. In the scan, the researchers found that health technology assessment ranked as one of the top six health research priorities in the system today. This did not surprise too many of us and, in fact, it was anticipated by the deputy ministers of health who increased our funding and re-endorsed CCHOTA less than a year ago. This is interesting.

Many of those surveyed, particularly at the regional health authority level where I think they are feeling overwhelmed, cited an inability to keep pace with advancing technologies and the need for more accessible evidence to help them make those decisions. They singled out the need for more information, particularly for emerging drugs and technologies, including data on cost effectiveness. They also need far more economic data. The decision makers need information that is high quality, reliable and, obviously, incorporates economic, social and ethical consequences. It needs to come from a body such as ours that is independent of government. We receive our funding from government, but we are independent of government and other external influences such as industry.

Our work plan includes continuous technology assessment, which ensures that technologies are evaluated early enough so that funding decisions can be made before the technology has been completely disseminated and distributed into the health care system.

In terms of horizon scanning initiatives, our Canadian Emerging Technology Assessment Program, which is where we look for new developments in the world, produces and quickly disseminates information on new developments as they come along. This allows the decision makers some time to plan and control the introduction and diffusion of new technologies that have sometimes significant impacts on the system.

The effective and robust assessment processes that are employed begin with the rigorous selection of these technologies to be assessed and proceed all the way to the dissemination of the results.

En même temps, les fournisseurs de soins de santé, en particulier dans certaines sous-spécialités, attendent avec impatience d'adopter de nouvelles technologies. Cette situation a pour impact général une forte demande de technologies et de médicaments. Au vu de ces pressions, comment peut-on aider les responsables des dépenses affectées aux soins de santé à prendre les décisions qui s'imposent? Sur quoi peuvent-ils fonder leurs décisions?

Je vous réfère à une analyse de la conjoncture effectuée récemment par l'OCCETS et quatre autres organismes nationaux de la santé le mois dernier. Dans l'analyse, les chercheurs ont constaté que l'évaluation des technologies de la santé comptait aujourd'hui parmi les six priorités du régime dans le domaine de la recherche sur la santé. Nous avons été peu nombreux à nous en étonner. En fait, les sous-ministres de la Santé, qui avaient prévu le coup, ont, il y a moins d'un an, haussé le financement de l'OCCETS et renouvelé leur confiance envers l'organisation. C'est là un fait intéressant.

Bon nombre des répondants, en particulier au niveau des offices régionaux de la santé qui, me semble-t-il, ont le sentiment d'être débordés, ont cité une incapacité de suivre le rythme de l'évolution des technologies et le besoin de plus de données accessibles qui les aident à prendre les décisions qui s'imposent. Ils ont souligné en particulier le besoin d'information, en particulier en ce qui concerne les technologies et les médicaments nouveaux, notamment en ce qui concerne l'efficacité. Ils ont également souligné le besoin de plus de données économiques. Les décideurs ont besoin d'informations qui soient de grande qualité et fiables. De toute évidence, elles doivent par ailleurs tenir compte des conséquences économiques, sociales et éthiques. Ces données peuvent provenir d'une organisation comme la nôtre, indépendante du gouvernement. Nous recevons des fonds du gouvernement, mais nous sommes indépendants de lui et de toute autre source extérieure, comme l'industrie.

Notre plan de travail prévoit l'évolution continue des technologies. Ainsi, on s'assure que les technologies sont évaluées assez tôt pour que les décisions en matière de financement soient prises avant que les technologies n'aient été diffusées et distribuées dans le système de soins de santé.

En ce qui a trait aux initiatives visant à définir ce que nous réserve l'avenir, citons le Programme canadien d'évaluation des technologies émergentes, dans le cadre duquel nous nous penchons sur les percées réalisées dans le monde tout en produisant et en diffusant rapidement des données sur celles qui se présentent. Les décideurs disposent ainsi d'un peu de temps pour planifier et contrôler l'introduction et la diffusion des nouvelles technologies qui ont parfois des impacts considérables sur le système.

Les mécanismes d'évaluation efficaces et sérieux qui sont utilisés commencent par la sélection rigoureuse des technologies à évaluer et vont jusqu'à la diffusion des résultats.

Awareness-building activities, which CCHOTA has undertaken, are designed to educate stakeholders, including the payers, the physicians and the public, about the findings or assessments.

CCHOTA is not the only body performing health technology assessment in Canada. There are provincial bodies as well. One of our significant roles is to coordinate the effects and the results from all of our bodies and agencies to avoid duplication. We also cooperate and coordinate internationally to try to avoid duplication and to speed up the transfer of results and findings to our stakeholders.

In conclusion, the challenges that led the deputy ministers of health to create CCHOTA 11 years ago are more relevant than ever today. In the future, it will be critical for decision makers to have access to this quality information, particularly if we are looking at spending more and changing our spending. They will need access to this quality information about the relative benefits of drugs and the technologies in order that the health care dollars will be spent wisely.

**Professor David Feeny:** I have provided you with my paper and a handout containing overheads. Thank you for inviting me to participate today. In the past, I have done a lot of work that has overlapped with the work of CCHOTA, and I am happy to follow on that presentation.

I will try to cover five themes.

**The Chairman:** I must ask you to stand closer to the microphone. This is on CPAC, and they need to pick up your voice.

**Mr. Feeny:** I will cover five themes, perhaps too much. The first theme is a little different than the following four. It is about how we generate knowledge for the development of new health technologies. The other themes are about production of health technology assessment evidence and getting that evidence into active decision making for evidence based policy making.

At the risk of some oversimplification, we can talk about two basic kinds of research — basics and applied. Basic research is about fundamental underlying mechanisms that is the structure of the DNA molecule and how it repairs itself. Applied research is using that knowledge to produce a new product or process.

We can talk about two different kinds of technologies. Embodied technologies are where the innovation is captured in the physical artifacts, like a magnetic resonance-imaging machine. You can understand how it works, but if you do not have the machine, you cannot do it.

Disembodied technologies are ideas or procedures. You do not need to buy something in order to use them. There has been very little of that discussion here today. Disembodied technologies are things like early embolism following surgery for deep vein

Les activités de sensibilisation mises sur pied par l'OCCETS sont conçues pour faire l'éducation des intervenants, y compris les payeurs, les médecins et le public, au sujet des résultats ou des évaluations.

L'OCCETS n'est pas la seule organisation à évaluer les technologies de la santé au Canada. On retrouve également des organisations dans les provinces. L'un de nos rôles majeurs consiste à coordonner les effets et les résultats des organisations et des organismes de façon à éviter les doublages. Pour éviter les doublages et accélérer le transfert des résultats et des conclusions à nos intervenants, nous coopérons et coordonnons nos efforts avec ceux d'organisations internationales.

En conclusion, les défis qui ont incité les sous-ministres de la Santé à créer l'OCCETS il y a 11 ans sont aujourd'hui plus pertinents que jamais auparavant. À l'avenir, il sera essentiel que les décideurs aient accès à de telles informations de qualité, en particulier si nous entendons accroître et modifier nos dépenses. Les décideurs auront besoin d'informations de qualité au sujet des avantages relatifs aux médicaments et des technologies. Ce n'est qu'ainsi qu'ils pourront dépenser de façon avisée les sommes affectées à la santé.

**M. David Feeny, professeur:** Je vous ai remis mon mémoire et un document comportant des diapositives. Je vous remercie de m'avoir invité à témoigner devant vous aujourd'hui. Par le passé, j'ai effectué beaucoup de travaux qui recoupent ceux de l'OCCETS, et je suis heureux que mon témoignage fasse suite à celui de la représentante de l'organisation.

Je vais tenter de m'intéresser à cinq thèmes.

**Le président:** Je vais devoir vous demander de parler plus près du micro. La séance est retransmise par CPAC, et on doit pouvoir capter vos propos.

**M. Feeny:** Je vais m'intéresser à cinq thèmes, et c'est peut-être trop. Le premier est quelque peu différent des quatre suivants. Il a trait à la création de connaissances relatives au développement de nouvelles technologies de la santé. Les autres thèmes ont trait à la production de données d'évaluation des technologies de la santé et à l'application de ces données dans la prise de décisions relatives à l'établissement de politiques fondées sur les résultats.

Au risque de trop simplifier, on peut parler de deux formes élémentaires de recherche — la recherche fondamentale et la recherche appliquée. La recherche fondamentale a trait aux mécanismes qui sous-tendent la structure de la molécule d'ADN et à la façon dont elle se répare elle-même. La recherche appliquée a trait à l'utilisation que nous faisons de cette connaissance pour mettre au point une procédure ou un produit nouveau.

On peut considérer qu'il existe deux types de technologie différents. La technologie intégrée a trait à l'intégration de l'innovation dans des artefacts matériels, par exemple les imageurs à résonance magnétique. On a beau comprendre son fonctionnement, on ne peut rien faire sans avoir l'appareil.

Les technologies non intégrées ont trait aux idées ou aux procédures. Il n'est pas nécessaire de faire l'acquisition de quoi que ce soit pour pouvoir les utiliser. Il en a été très peu question dans les discussions d'aujourd'hui. Les technologies non intégrées



thrombosis. The nurse tortures the patient by making him get right out of bed, and it is good for them. You do not need to buy something from anyone to do that. You only must learn that idea.

In a regime of intellectual property rights, patent copyrights such as we have in Canada, the private sector has a lot of incentive to develop new embody technologies. They can patent new drugs and new equipment.

The private sector did little to discover the underlying the underlying mechanisms of DNA and the DNA molecule and basic techniques for recombinant DNA, but was very happy, and appropriately so, to invest in developing recombinant DNA techniques to produce human insulin.

The private sector will not fund much basic research because there is a low rate of return to them in doing so. The private sector will not fund research, basic or applied, on disembodied technologies because there is no product to sell. Yet, when you look at recent trends in Medical Research Council of Canada, provincial agencies and the new Canadian Institutes for Health Research, as academics, we are highly encouraged to enter into partnership, mainly here but also with the disembodied, with philanthropic organizations.

The thrust of the trend in research in Canada is that increasingly the dollars are encouraging partnerships at the applied level at the expense of disembodied and basic. That will have repercussions down the road for the kinds of new technologies that do and do not appear in the system.

The concept of health technology is broadly defined as a set of techniques, drugs and procedures used by health care professionals in delivering medical care to individuals, and the systems within which such care is delivered. It is abroad definition that clearly includes drugs. As Dr. Sanders said, we need more health technology assessment activity.

This is a simplified kind of framework, but it if says that we start out with a problem. We look to see if that problem can be modified. We look then to see if we have an efficacious technology to address that problem. You have hypertension, we have efficacious drugs. Do we have a way of screening and diagnosing? Do we have a way of finding the people who have it and those who do not?

We then look at how well it works in practice, and determine what efficacy is about when you do it under ideal circumstances. You compare that to efficacy approach in the community where not every one does everything exactly the way that they are supposed to do it, and determine how well that works. We

ont trait, par exemple, aux embolisations rapides consécutives à une intervention visant à corriger une thrombose veineuse profonde. L'infirmière torture le patient en l'obligeant à se lever tout de suite, ce qui est bon pour lui. Inutile d'acheter quoi que ce soit pour obtenir que quelqu'un se lève. Il suffit d'avoir assimilé l'idée.

Dans un régime de droits de propriété intellectuelle, de brevets et de droits d'auteur comme celui du Canada, le secteur privé a tout intérêt à mettre au point de nouvelles technologies intégrées. Il peut faire breveter les nouveaux médicaments et les nouveaux équipements.

Le secteur privé a joué un rôle limité dans la découverte des mécanismes qui sous-tendent l'ADN et la molécule d'ADN et des techniques fondamentales pour l'ADN recombinant, mais il a été très heureux — à juste titre — d'investir dans la mise au point des techniques fondées sur l'ADN recombinant utilisé pour la production de l'insuline humaine.

Le secteur privé ne financera pas la recherche fondamentale parce que le taux de rendement sur l'investissement est faible. Il ne financera pas de recherches fondamentales ou appliquées sur les technologies non intégrées parce qu'elles ne débouchent pas sur des produits à vendre. Quand on examine les tendances récentes au Conseil de recherches médicales du Canada, dans les organisations provinciales et au nouvel Institut canadien d'information sur la santé, on constate pourtant que nous sommes, à titre de chercheurs, fortement incités à conclure des partenariats, surtout ici, mais aussi avec des organisations qui produisent des technologies non intégrées, les organisations de bienfaisance.

Cette tendance observée dans le domaine de la recherche au Canada a pour effet que l'argent vise de plus en plus à favoriser la conclusion de partenariats au niveau de la recherche appliquée au détriment de la recherche non intégrée et fondamentale. À terme, cette situation aura des répercussions sur le genre de nouvelles technologies qui font ou non leur apparition dans le système.

La notion de technologies de la santé se définit de façon générale par un ensemble de techniques, de procédures et de médicaments utilisés par les professionnels de la santé pour assurer des soins à des particuliers de même que les réseaux par lesquels passent ces soins. Il s'agit d'une définition large qui comprend de toute évidence les médicaments. Comme l'a précisé la Dre Sanders, nous devons accroître l'activité dans le domaine de l'évaluation des technologies de la santé.

Il s'agit d'un cadre simplifié, mais il montre bien que nous commençons par un problème. Nous étudions la possibilité de modifier le problème. Nous cherchons à déterminer si nous disposons d'une technologie efficace pour le corriger. Nous disposons de médicaments efficaces contre l'hypertension. Disposons-nous d'un instrument de dépistage et de diagnostic? Avons-nous la possibilité d'identifier les personnes qui disposent de tels moyens et les autres?

Nous examinons ensuite le fonctionnement du système en pratique et déterminons son efficacité dans les circonstances idéales. On compare les résultats à l'efficacité dans la collectivité, où la technologie n'est pas utilisée par tous exactement comme elle devrait l'être, et on détermine son efficacité. On établit les

determine the costs in efficiency and consequences of using the technology relative to the exist being technology in that way. That has implications for how much of this should be used and for whom. If you are actually solving problems, you should be able to go out and find a reduction in the prevalence of untreated hypertension in the community. You can set targets for your outcomes. After, you monitor again.

This has several implications. One is that health technology assessment is about efficiency promotion, not cost containment. Two, it is a perpetual motion machine. Once you have reduced the prevalence of one problem, you then look at the next problem or what is the next agenda for that particular problem.

One of the advantages of agencies like CCHOTA and the provincial agencies is that they are connected to decision-makers. That enhances the uptake of the research and evidence that they synthesize. It also puts them in a very good situation to identify the gaps.

Mainly what the technology assessment agencies have done in Canada is synthesize the best available evidence. That process gives you the immediate answer, and also identifies things for the research agenda — would it not be nice if we knew how well this works in this circumstance.

Yet, the funding/granting agencies do not respond to that agenda. One of the things that we need to do with our health technology assessment agencies is to give to them the wherewithal to sponsor primary studies, such as randomized control trials to sort out some of the issues that they identify.

Health technology assessment to date, and I am guilty of this as well, is largely focused on a yea or nay decision about a technology. That is an oversimplification of the issues, frankly. Very few health care technologies are universally useless and very few are universally useful. The real job is figuring out for whom and under what circumstances is this the better approach to take, and when is it not. We need to identify the indications and contra-indications for the use, broadly defined, of this technology. That is the kind of evidence that we need to generate for people who have to make decisions throughout the health care system.

We need to broaden the scope of assessment. We have done a good job of synthesizing clinical effectiveness and economic efficiency evidence. Little social, legal, and ethical considerations have been brought to bear.

We need some research on how to adapt offshore results, such as the compendium that Harvard put together for use in Canada. The efficacy of the technology may generalize, the effectiveness may not, and definitely cost will not. A U.S. cost effectiveness analysis is not Canadian one. There are different relative prices embodied in those cost figures than exist in Canada.

coûts de l'efficacité et les conséquences de l'utilisation de la technologie par rapport à celles qui existent. Cette situation a des répercussions sur l'importance de l'utilisation qui sera faite de la technologie et l'identité des utilisateurs. Si vous réglez les problèmes, vous devriez pouvoir observer une réduction de la prévalence des cas d'hypertension non traités dans la collectivité. Vous fixez des objectifs pour vos résultats. Après, vous effectuez un nouveau contrôle.

Une telle situation a quelques répercussions. Premièrement, l'évaluation des technologies de la santé a trait à la promotion de l'efficacité, et non à la compression des coûts. Deuxièmement, il s'agit d'une machine en mouvement perpétuel. Dès qu'on a réduit la prévalence d'un problème, on se tourne vers le problème suivant ou la question suivante à traiter dans le cas du problème donné.

L'un des avantages d'organisations comme l'OCCETS et des organisations provinciales, c'est qu'elles sont liées aux décideurs. Cette situation favorise l'adoption des recherches et des données synthétisées par ces groupes. Ces derniers sont également en très bonne position pour définir les lacunes.

Au Canada, les organisations qui évaluent les technologies se sont employées à faire la synthèse des meilleures données disponibles. Un tel mécanisme procure une réponse immédiate en plus de définir des objets de recherche — ne serait-il pas merveilleux de savoir comment telle ou telle chose fonctionne dans telle ou telle circonstance.

Oui, les organismes de financement ou subventionnaires ne respectent pas ce programme. Nous devons donner aux organisations spécialisées dans l'évaluation des technologies de la santé les moyens de commanditer des études primaires, par exemple des études sur échantillons aléatoires et contrôlés, qui leur permettent de voir clair dans certaines questions qu'elles définissent.

Les évaluations des technologies de la santé effectuées jusqu'ici — et je plaide moi aussi coupable — ont pour l'essentiel porté sur la décision d'adopter ou de rejeter une technologie donnée. Franchement, il s'agit d'une simplification à outrance des enjeux. Très peu de technologies de la santé sont universellement inutiles ou universellement utiles. La véritable tâche qui nous attend consiste à déterminer pour qui et dans quelles circonstances il s'agit ou non de la meilleure approche possible. Nous devons définir des indications et des contre-indications applicables à l'utilisation, au sens large, de la technologie. Il s'agit du genre de données que nous devons produire à l'intention des personnes appelées à prendre des décisions dans l'ensemble du système de soins de santé.

Nous devons élargir la portée de l'évaluation. Nous avons fait du bon travail au chapitre de la synthèse des données sur l'efficacité clinique et sur l'efficacité économique. On s'est peu intéressé aux considérations sociales, juridiques et éthiques.

Nous devons effectuer des recherches sur l'adaptation des résultats obtenus à l'étranger, par exemple en ce qui concerne le compendium établi par Harvard pour le Canada. L'efficacité et l'efficacité de la technologie peuvent ou non être généralisées, et il est certains que les coûts ne le peuvent pas. Une analyse coût-avantage effectuée aux États-Unis ne peut s'appliquer telle



The third theme is where I currently work, so this is one of my bugaboos. By and large, the health care sector does not really push mortality around a lot. In some cases it does, but by and large the health care sector produces health-related quality of life.

It seems like a simple proposition then. If that is what you are actually producing, perhaps you should measure it more often. We do some of that. Over the last three decades there has been a revolution in psychometric and economic fields in developing useful measures of health status and health related quality of life. However, they are not used nearly as universally, and they are seldom used in routine care.

**The Chairman:** I will ask you one question. How does your health-related quality of life compare with Dr. Seller's definition?

**Mr. Feeny:** I will show you an example of that just now. That is one example of a measure of health-related quality of life, one on which I have done a lot of work.

This data is similar to that presented to you by Statistics Canada earlier this year. You are all familiar with life expectancy. A 60-year-old can expect to live another 24 years, but not all of those years will be enjoyed in perfect health. On this scale again, perfect health is given a score of one; dead, or the lack of health status, is given a score of zero. Intermediate disability states get intermediate scores. I can go on at great length about how we do that, if you would like.

For 60-year-olds who will live another 24 years, their health-adjusted additional life expectancy is 17 years. They will spend some of that time with some disability. The health-adjusted life expectancy over their life expectancy is 74 per cent. That is pretty good. It is much higher at younger ages, and much lower at older ages.

Statistics Canada, because it has used the Health Utilities Index Mark 3 system in its national population health survey, is in an enviable position worldwide to actually have a national report card on the health status of Canadians, one that integrates mortality and morbidity, both of which are rather important to people.

I will now touch on theme four. We have some methods — economic evaluation, health-related quality of life, clinical epidemiology — to generate useful evidence for decision making. How do we get that evidence to people who actually have to make decisions? Health care is an enormously decentralized industry. You have all these health care professional-patient interactions, regional health authorities, ministries and the federal government. You know that well.

quelle au Canada. Les coûts sur lesquels l'analyse s'appuie tiennent compte de prix relatifs différents de ceux en vigueur au Canada.

Le troisième thème a trait au travail que j'effectue actuellement. Il s'agit donc d'une de mes marottes. Pour l'essentiel, le secteur des soins de santé ne s'intéresse pas vraiment à la mortalité. Il le fait dans certains cas, mais, pour l'essentiel, il produit une qualité de vie liée à la santé.

Dans ce cas, la proposition paraît simple. Si c'est bel et bien ce qu'on produit, peut-être devrait-on mesurer les résultats plus souvent. Nous le faisons parfois. Au cours des trois dernières décennies, on a été témoin d'une révolution dans le domaine de la psychométrie et de l'économie, au chapitre de l'élaboration de mesures utiles de l'état de santé et de la qualité de vie liée à la santé. Cependant, ces mesures sont loin d'être aussi universelles, et on les utilise rarement dans les soins de routine.

**Le président:** Laissez-moi vous poser une question. Comment la qualité de vie liée à la santé dont vous parlez se compare-t-elle à la définition du Dr Seller?

**M. Feeny:** Je vous en donne tout de suite un exemple. Il s'agit d'une mesure de la qualité de vie liée à la santé, question à laquelle j'ai consacré beaucoup de travail.

Les données sont similaires à celles que Statistique Canada vous a présentées plus tôt cette année. Vous connaissez tous le concept de l'espérance de vie. Une personne de 60 ans peut espérer vivre 24 années de plus, mais, pendant ces années, elle ne sera pas toujours en parfaite santé. Sur la même échelle, on accorde à la santé parfaite une cote de un; une cote de zéro représente la mort ou l'absence d'état de santé. Des cotes intermédiaires sont établies pour des invalidités intermédiaires. Si vous le souhaitez, je pourrai fournir plus de détails sur la façon dont nous procédons.

L'espérance de vie additionnelle rajustée selon l'état de santé des personnes de 60 ans est de 17 ans. Pendant cette période, elles seront parfois atteintes d'une forme ou d'une autre d'invalidité. L'espérance de vie rajustée selon l'état de santé est, sur l'ensemble de leur vie, de 74 p. 100. C'est relativement bon. Le pourcentage est beaucoup plus élevé pour les personnes jeunes et beaucoup moins pour les personnes âgées.

Statistique Canada, qui a utilisé le système Health Utilities Index Mark 3 dans son enquête nationale sur la santé de la population, est dans le monde, en position idéale pour établir un bulletin national de l'état de santé des Canadiens, tenant compte de la mortalité et de la morbidité, éléments relativement importants pour les gens.

Je vais maintenant aborder le quatrième thème. Nous disposons de certaines méthodes — l'évaluation économique, la qualité de vie liée à la santé, l'épidémiologie clinique — pour générer des données utiles aux fins de la prise de décisions. Comment mettre ces données à la disposition des personnes appelées à prendre les décisions? Les soins de santé sont une industrie très décentralisée. On a affaire à une multitude d'interactions entre professionnels de la santé et patients, à des offices régionaux de la santé, à des ministères et au gouvernement fédéral. Vous êtes au courant.

One way is to involve decision makers in the design and analysis and interpretation of evaluation studies. Give them ownership. Let them help you ask what the relevant questions are. Let them be part of generating that evidence. They are much more likely to pay attention to it.

Two, we all know what we should do, but if we are over-prescribing a medicine when a better alternative that is cheaper is available, we need some monitoring and feedback. We need to be confronted with the fact that we are not using this according to indications or a variety of indications.

Three, we need to invest in the capacity to understand health technology assessment evidence. Many practising clinicians do not particularly understand it, although their understanding has increased over recent decades. Frankly, industry has become much more sophisticated. My interpretation is that often government is not particularly sophisticated in understanding this evidence, which again reduces the level playing field because one party understands the evidence well and another does not.

Finally, and this is something the pharmaceutical industry understood long ago, the health technology diffusion evidence historically indicates that human beings are important, even in the Web days, to disseminating information. Detail persons are sent around to flog new medicines at physicians' offices for a reason, and that is, people tend to believe things they hear from a person. They may be corroborated in a written form or on the Web, but they need personal contact to embrace new ideas. We do not do a lot of that in the public sector.

Finally, you can generate new evidence, but will they come? Will it affect policy? Our system often discourages and does not necessarily encourage the use of evidence in making clinical policy decisions. Some policy experiments that you might try to enhance the use of that evidence and the efficiency of the system are devices to more organizational changes, or disembodied technical change, to more closely align the financial and clinical responsibility and alter the behaviour of health professionals.

Capitation patient rostering may be a device along those lines that might be useful and would go to also encouraging the use of multi-disciplinary clinical teams. Many times the Canadian health care system uses highly trained, expensive physician time to do things that other health care professionals who get paid less can do as well or better, but the current fee-for-service system does not encourage the use of people like nurses, nurse practitioners, physiotherapists, dieticians and pharmacists. Some experience with multi-disciplinary teams indicates that in many situations they do a better job. They exploit the differential expertise of different members of the team, and perhaps more importantly they

Une solution consiste à associer les décideurs à la conception, à l'analyse et à l'interprétation des évaluations. Laissons-leur la propriété de ces évaluations. Laissez-les vous aider à poser les questions pertinentes. Laissez-les participer à la collecte des données. Ils sont beaucoup plus susceptibles d'y porter attention.

Deuxièmement, nous savons tous ce que nous devrions faire, mais, à supposer que les médecins prescrivent trop souvent un médicament pour lequel il existe une meilleure solution de rechange moins cher, nous avons besoin de contrôles et de rétroactions. Nous devons nous rendre compte que nous n'utilisons pas le médicament en question selon certains indicateurs ou une diversité d'indicateurs.

Troisièmement, nous devons investir dans notre capacité de comprendre les données issues des évaluations des technologies de la santé. De nombreux cliniciens ne les comprennent pas particulièrement bien, même si la situation s'est améliorée au cours des dernières décennies. Franchement, l'industrie s'est beaucoup raffinée. Selon mon interprétation, le gouvernement n'a pas une compréhension particulièrement raffinée des données, ce qui, une fois de plus, nous empêche d'avoir des règles du jeu égales, une partie comprenant les données et l'autre ne les comprenant pas.

Enfin, et il s'agit d'un aspect que l'industrie pharmaceutique a compris il y a longtemps, les données sur la diffusion des technologies de la santé montrent que le être humains sont importants, même à l'ère du Web, pour la diffusion de l'information. Si on envoie de représentants faire la promotion des nouveaux médicaments dans les cabinets de médecins, c'est pour une raison, à savoir que les gens tendent à croire ce qu'une autre personne leur dit. Ils pourront obtenir une corroboration dans un formulaire écrit ou dans le Web, mais ils ont besoin de contacts personnels pour adopter de nouvelles idées. Dans le secteur public, nous ne le faisons pas souvent.

Enfin, on peut générer de nouvelles données, mais en tiendront-ils compte? Les données auront-elles une incidence sur la politique? Il arrive souvent que notre système décourage et n'encourage pas nécessairement l'utilisation de données aux fins de la prise de décisions cliniques stratégiques. Parmi les expériences qui pourraient être tentées pour améliorer l'utilisation de ces données et l'efficacité du système, citons des dispositifs visant à favoriser un plus grand nombre de changements organisationnels ou de changements techniques non intégrés. Ce faisant, on pourra mieux harmoniser la responsabilité financière et clinique et modifier le comportement des professionnels de la santé.

Les listes de patients par capitation constituent peut-être un instrument du même genre qui serait utile et encouragerait le recours à des équipes cliniques multidisciplinaires. Le système de soins de santé du Canada mise souvent sur le temps de médecins hautement spécialisés dont les services sont coûteux pour des traitements que d'autres professionnels de la santé qui gagnent moins pourraient assurer tout aussi bien ou mieux, mais le régime actuel de rémunération à l'acte ne favorise pas le recours à des infirmières, à des infirmières praticiennes, à des physiothérapeutes, à des nutritionnistes et à des pharmaciens. Certaines expériences menées auprès d'équipes multidisciplinaires montrent



exploit the fact that different members of the team see the patient in a different context. The home care nurse and the pharmacist who does a medication review and history at home, gain insights about what is going on in the patient's life in their compliance with drugs which is something physicians cannot see in their offices. It is not a question of being conscientious or anything; they just cannot see that. With a team, you have the incentive, in a forum, to share those ideas.

In sum, we need to refocus some of our public sector research efforts towards basic research and disembodied technical change. We need to bolster health technology assessment. We need to contemplate and do policy experiments on changes in health care organization to promote evidence-based decision making.

**The Chairman:** Before turning to senators for questions, I should like to ask two questions. Anyone can begin to answer. In Dr. Zelder's closing comments, he observed that Canada spends two cents of every dollar, 2 per cent, on capital. I took "capital" to mean "new equipment." I took the statement to mean that government spends 2 per cent of our health care expenditures on new equipment. Is that what you meant?

**Mr. Zelder:** Yes. I was referring to the definition of capital used by CIHI, which is spending on construction and on new equipment.

**The Chairman:** That includes hospitals as well.

**Mr. Zelder:** It would include hospital construction as well. The 2 per cent figure comes from a statistical analysis. Controlling other factors, when we increase spending, how much does capital go up?

**The Chairman:** I want to talk about technology. Does anyone have any data, or can you get it, on the percentage of health care budgets that go to equipment, taking buildings out of this, in various OECD countries? I understand Table 1 talks about numbers of units per million population. I am not sure whether counting up the number of machines is the right way to do it. It seems to me that one machine could often do the work of 10. I am not sure that is the right measure. A better measure is probably the dollar count.

**Mr. Zelder:** I do not know that that exists. Some of the other panelists may know. We are comparing apples and oranges, to some extent. That was part of the Dr. Radomsky's point about the obsolescence of existing machines. I do not know.

**The Chairman:** Could I ask anyone else where that number stands?

**Dr. Radomsky:** I do not believe we have that information.

que, dans de nombreux cas, elles font un meilleur travail. Elles exploitent l'expertise particulière de chacun des membres et, fait peut-être plus important encore, misent sur chacun des membres de l'équipe voit le patient sous un angle différent. L'infirmière de soins à domicile et le pharmacien qui effectuent un historique et un examen des médicaments à domicile se font une idée de la mesure dans laquelle le patient se conforme au traitement médicamenteux, idée dont sont privés les médecins qui travaillent dans leur cabinet. Ce n'est pas leur conscience professionnelle qui est en cause. Ils ne sont tout simplement pas en mesure de faire ce genre de constat. Au sein d'une équipe, chacun est incité à mettre ses idées en commun dans le cadre d'une tribune.

Bref, nous devons cibler une partie des efforts de recherche du secteur public vers la recherche fondamentale et le changement technique non intégré. Nous devons stimuler l'évaluation des technologies de la santé. Nous devons envisager et tenter des expériences sur les modifications de l'organisation des soins de santé qui favorisent la prise de décisions fondées sur des données.

**Le président:** Avant de céder la parole aux sénateurs, j'aimerais poser deux questions. Vous êtes tous invités à y répondre. Dans ses propos de clôture, M. Zelder a souligné que le Canada, sur un dollar, affecte deux cents aux immobilisations, c'est-à-dire 2 p. 100. Pour ma part, j'assimile les «immobilisations» à l'«équipement nouveau». Selon mon interprétation de la déclaration du témoin, le gouvernement consacre 2 p. 100 des dépenses affectées aux soins de santé à l'achat de nouvel équipement. Est-ce bien ce que vous vouliez dire?

**M. Zelder:** Oui. Je me suis inspiré de la définition d'immobilisation utilisée par l'ICIS, c'est-à-dire les sommes consacrées aux constructions et au nouvel équipement.

**Le président:** Ce qui comprend également les hôpitaux.

**M. Zelder:** Oui, ce qui comprend la construction d'hôpitaux. Le chiffre de 2 p. 100 provient d'une analyse statistique. Sous réserve d'autres facteurs, de combien augmentent les immobilisations lorsque nous majorons les dépenses?

**Le président:** J'aimerais parler de la technologie. L'un de vous dispose-t-il de données ou pourrait-il en obtenir sur le pourcentage des budgets de la santé affecté à l'équipement, à l'exclusion des immeubles, dans divers pays de l'OCDE? Si je comprends bien, le tableau 1 porte sur les nombres d'unités par million d'habitants. Je ne suis pas convaincu que faire le décompte d'appareils constitue la bonne approche. J'ai le sentiment qu'une machine pourrait souvent effectuer le travail de dix. Je ne suis pas convaincu de la validité de cette mesure. Les montants constitueraient probablement une mesure plus valable.

**M. Zelder:** Je ne sais pas si de telles données existent. Certains autres intervenants sont peut-être au courant. Jusqu'à un certain point, nous comparons des pommes et des oranges. C'était entre autres ce que voulait dire le Dr Radomsky à propos de la désuétude des appareils existants. Je ne sais pas.

**Le produit:** Quelqu'un d'autre a-t-il une idée de ce chiffre?

**Le Dr Radomsky:** Je ne crois pas que nous ayons cette information en main.

**Mr. Feeny:** I suspect that will be difficult information to obtain. There is probably some fragments of it out there but, particularly in the Canadian system, the way our accounting system goes, it does not lend itself to generating that kind of data.

**Dr. Sanders:** To further build on that point, I think finding that data from other countries, where there is far more of a public and private mix of spending, would be very difficult.

**The Chairman:** So much for that dead end. Let me try something else.

**Mr. Zelder:** Life as an economist has many of these data dead ends.

**The Chairman:** Economists always have two hands. One of the problems in public policy is you have to choose one. You guys always say, "On the hand," and then "On the other hand."

Let me ask a question about the measurement of the effectiveness of methodology, which all of you touched on in one way or another. I do not want to get off into my views on whether or not economists can measure what they claim they can, but in the health care sector as a whole, is there an accepted way of measuring the cost benefit of a particular new piece of equipment, or is everyone doing their own thing?

**Mr. Zelder:** In the academic world, certainly the dollars per quality-adjusted life year or the kind of variations that David Feeny was presenting are pretty well established. There is a lot of that. That tends to be the way in which different interventions are presented, but that is just the academic world.

**Mr. Feeny:** There is a fair amount of consensus about a variety of reasonable ways to generate evidence on cost per quality-adjusted life year or, more broadly, health-related quality of life. There is a menu of things to choose from. There definitely is controversy, but there are a number of well-accepted and well-validated approaches that work well on some very difficult parts of the puzzle. However, they are still incomplete, typically, with respect to the full comprehensive information you would like to have, yet they are an amazing step forward relative to what was available two or three decades ago.

**Dr. Sanders:** I agree.

**The Chairman:** When you are assessing a piece of equipment for the various deputy ministers across the country, what information do you give them? It is clear that you are only an information provider, you are not a decision maker. What information do you give them on which they base their decision?

Suppose, for example, someone comes up with a new CT scan machine. You do your assessment of it. You then phone the Department of Health or send a memo to all the departments.

**M. Feeny:** J'ai l'impression que ce genre d'information serait difficile à obtenir. On pourrait probablement mettre la main sur certains fragments, mais le système canadien en particulier, en raison du mode de comptabilité adopté, se prête mal à la production de ce genre de données.

**La Dre Sanders:** Dans le même ordre d'idées, je pense qu'il serait très difficile d'obtenir ce genre de données d'autres pays, où les dépenses publiques et privées sont mêlées de beaucoup plus près.

**Le président:** Je me suis engagé dans un cul-de-sac, on dirait. Laissez-moi essayer autre chose.

**M. Zelder:** Les économistes se butent souvent à ce genre de cul-de-sac.

**Le président:** Les économistes ont toujours deux perspectives. Dans le domaine de la politique gouvernementale, un des problèmes tient au fait qu'on doit en choisir une. Vous nous dites toujours: «D'une part» et puis «d'autre part».

Permettez-moi de vous poser une question au sujet de la mesure de l'efficacité de la méthodologie, question que vous avez tous abordée d'une façon ou de l'autre. Je ne sais pas faire connaître mes vues sur la question de savoir si les économistes sont oui ou non en mesure de mesurer ce qu'ils disent pouvoir mesurer, mais, dans le secteur des soins de santé dans son entier, existe-t-il une méthode admise du rapport coût-avantage d'un équipement donné ou chacun procède-t-il à sa façon?

**M. Zelder:** Dans le monde universitaire, il est certain que le coût des années-personnes sans invalidité ou le genre de variations présentées par David Feeny sont relativement bien établies. Ces données sont relativement fréquentes. C'est de cette façon qu'on tend à présenter les différentes interventions, mais uniquement dans le monde universitaire.

**M. Feeny:** On note un consensus relativement fort en faveur d'une diversité de moyens raisonnables de recueillir des données sur le coût des années-personnes sans invalidité, ou, de façon plus générale, sur la qualité de vie liée à la santé. Il y a tout un menu de mesures dans lequel choisir. Il y a sans contredit des controverses, mais on retrouve un certain nombre d'approches admises et validées qui donnent de bons résultats relativement à certains éléments très difficiles du casse-tête. Cependant, ces méthodes demeurent incomplètes, en particulier en ce qui a trait à l'information exhaustive que vous aimeriez avoir. Pourtant, ces mesures représentent un progrès étonnant par rapport à ce qui existait il y a deux ou trois décennies.

**La Dre Sanders:** Je suis d'accord.

**Le président:** Lorsque vous évaluez tel ou tel équipement pour les divers sous-ministres du pays, quel genre de renseignements leur fournissez-vous? Il est clair que vous n'êtes qu'un fournisseur d'information, et non un décideur. Quel genre d'information mettez-vous à leur disposition pour qu'ils puissent prendre des décisions?

Imaginons, par exemple, qu'on mette au point un nouveau tomomodensitomètre. Vous l'évaluez. Vous communiquez alors avec le ministère de la Santé ou encore vous faites parvenir une note de



What do you tell them? What are the actual facts on which they base their decision?

**Dr. Sanders:** Our reports end with conclusions and never recommendations, as you are probably aware. Essentially, we will determine the cost effectiveness using the economic methods, et cetera, that Dr. Feeny has mentioned. Intercomparisons between different types of approaches are another thing, where we use complicated methods to compare apples with oranges. It is not simple. Drugs are so much easier to describe. I do not think that is what you are asking me, but they are easier.

Going back to that statins report, where we looked at the cost effectiveness of each drug, we concluded that you could interprescribe, in the sense that they all have the same effect, even though they were widely different in price. We are able to do that with drugs.

It is a little harder with a piece of equipment. It is made harder by the fact that there are not the random control trials to which Mr. Feeny referred, because there is no one to pay for those at this point, whereas the drug industry pays for theirs. It is difficult.

**Mr. Feeny:** If I can elaborate on that point, it is not easy but easier to evaluate therapeutic technologies.

**The Chairman:** What do you mean by "therapeutic technologies"?

**Mr. Feeny:** I mean things like drugs or surgery that are meant to make you better. What is the existing technology? What is the new technology? What does each of them cost? What are the additional consequences? How much do you get relative to the existing technology? You have one chemotherapeutic regime versus another, for instance, in oncology.

Diagnostic technologies are much more difficult because they are used for a wide variety of things. The question is not how good is a CT scan. It is relative to, say, cranial x-ray. How good is a CT scan for head trauma? It is probably really good. For some other use, a CT scan may be much more expensive and not much more helpful than a standard x-ray.

Therefore, given the wide variety of things that radiologists do, it becomes very complicated to evaluate a machine because it is used for so many different things. Each of those major uses then becomes a research topic. That is one point.

**The Chairman:** By the time the research is done, the machine is obsolete.

service à tous les ministères. Que leur dites-vous? Quels sont les faits réels sur lesquels ils peuvent fonder leur décision?

**La Dre Sanders:** Comme vous le savez probablement, nos rapports se terminent sur des conclusions et jamais sur des recommandations. Essentiellement, nous déterminerons l'efficacité à l'aide des méthodes économiques et autres auxquelles M. Feeny a fait allusion. Nous avons aussi recours à des comparaisons corrélatives entre divers types d'approches, en vertu desquelles nous nous inspirons de méthodes très complexes pour comparer des pommes avec des oranges. Ce n'est pas simple. Les médicaments sont beaucoup plus faciles à décrire. Je ne crois pas que ce soit la question que vous me posez, mais le cas des médicaments est plus facile.

Pour en revenir au rapport sur les statines, dans le cadre desquels nous nous sommes penchés sur l'efficacité de chacun des médicaments, nous en sommes venus à la conclusion qu'il était possible de croiser les ordonnances, au sens où tous les médicaments avaient le même effet, même si leurs prix variaient considérablement. Nous sommes en mesure de le faire par rapport aux médicaments.

Pour l'équipement, c'est un peu plus difficile. C'est plus difficile parce qu'on ne peut recourir aux études sur échantillon aléatoire et contrôlé auxquelles M. Feeny a fait allusion parce que, pour le moment, il n'y a personne pour en assumer les coûts, tandis que l'industrie pharmaceutique assume le coût des siennes. C'est difficile.

**M. Feeny:** Pour insister sur ce point, je dirais qu'il est non pas facile d'évaluer les technologies thérapeutiques, mais bien qu'il est plus facile de le faire.

**Le président:** Qu'entendez-vous par «technologies thérapeutiques»?

**M. Feeny:** J'entends par là les médicaments ou les interventions chirurgicales qui visent à améliorer l'état de santé des malades. Quelles sont les technologies existantes? Quelles sont les nouvelles technologies? Quel est le coût de chacune? Quelles sont les conséquences additionnelles? Combien reçoit-on par rapport aux technologies existantes? Dans le domaine de l'oncologie, par exemple, on peut choisir un régime de chimiothérapie par rapport à un autre.

Les technologies diagnostiques sont beaucoup plus difficiles parce qu'on les utilise pour un grand nombre d'activités. La question est non pas d'établir l'efficacité d'un tomomodensitomètre. On doit plutôt établir la comparaison avec, disons, une radiographie de la boîte crânienne. Quelle est l'efficacité d'un tomomodensitomètre dans le cas d'un traumatisme crânien? Probablement très bonne. Pour certaines autres utilisations, l'utilisation d'un tomomodensitomètre peut se révéler beaucoup plus coûteuse et à peine plus utile que celle de rayons X traditionnels.

Dans le contexte de la très grande diversité d'interventions que font les radiologistes, il devient donc très difficile d'évaluer un appareil dans la mesure où il sert à de nombreuses applications. Chacune de ces utilisations majeures devient en soi un sujet de recherche. C'est un élément.

**Le président:** Une fois la recherche terminée, l'appareil est désuet.

**Mr. Feeny:** No, particularly because they are kept for so long. Number two, it is one thing to say this is a much better image in radiology, but does the quality of that image affect patient management? Do the treating physicians do anything differently because of the diagnostic information provided? Very few radiologists have answered that question.

Number three: the next chain in that step is, just because the treating physicians are doing something differently, does it actually affect patient outcome? Very little evaluation of therapeutic technologies has gone that fuller road to figuring out if the use of this diagnostic technology actually affects patient outcome. We have very little evidence of that nature.

**Dr. Radomsky:** I am enjoying this discussion because it touches on an area that we have been working on unsuccessfully for some time. That is the development of guidelines, evidence-based medicine. This is multidisciplinary. We have been very successful in developing standards as to how we should do a procedure. That is in-house. That is our own profession. However, we cannot develop appropriate guidelines by ourselves. It requires all the users. It requires people like economists and statisticians who have to work with us in each different examination. This is very expensive. We tried on two or three instances to provide guidelines for specific tests, but it is totally impractical. It cannot be paid for out of our pockets. This is something that requires input from multiple groups. This is part of our recommendations. That is why we have to get the whole crew together, so to speak, and face these issues together.

Often, the work that these people do is done in isolation from what we as clinicians are doing, and we do not understand what they are doing and they do not understand what we are doing.

Take the example of the statins. They may all lower cholesterol, but they do not all do it equally. Some have side effects that others do not. Many patients will not tolerate the same statin, and very few of these studies that indicate we should only be using generic equivalents, take that into account. That is a quality-of-life issue.

The same applies to the studies that are being done almost in isolation from the actual clinical work that we do with respect to the efficacy of our equipment.

**The Chairman:** I will tell you my take from the four of you.

If I were sitting as the CEO of a major hospital or even if I were a provincial deputy minister of health — it is easier if I focus on a hospital — and I had \$2 million to spend on equipment, the people in the business you are in cannot tell me if the hospital is better off — if patients are better off — if I spend those funds on a CT scan, a machine for kidneys, or something else. In other words, fundamentally, as I hear you — which is not

**M. Feeny:** Non, surtout lorsqu'on considère qu'on les utilise pendant si longtemps. Il y a un deuxième élément. On aura beau dire qu'on dispose de meilleures images dans le domaine de la radiologie, dans quelle mesure la qualité de ces images influe-t-elle sur le traitement des patients? Les médecins traitants font-ils les choses différemment en raison des données diagnostiques fournies? Très peu de radiologistes ont répondu à la question.

J'en viens à un troisième élément. La question qui se pose ensuite est la suivante: parce que les médecins traitants font les choses différemment, les résultats pour les patients sont-ils véritablement différents? On a très peu évalué les technologies thérapeutiques pour aller plus loin et déterminer si les technologies diagnostiques avaient bel et bien un effet sur les résultats pour les patients. Nous disposons de très peu de données de cette nature.

**Le Dr Radomsky:** J'apprécie beaucoup le débat que nous avons parce qu'il porte sur un secteur auquel nous nous intéressons sans succès depuis un certain temps. Il s'agit de l'élaboration de lignes directrices concernant la médecine fondée sur les données. Il s'agit d'un projet multidisciplinaire. Nous avons très bien réussi à mettre au point des normes relatives à la procédure que nous devrions adopter. Les travaux s'effectuent à l'interne. Ils concernent notre profession. Cependant, nous ne pouvons pas élaborer de lignes directrices pertinentes. Nous devons faire appel à tous les utilisateurs. Nous devons compter sur des économistes et des statisticiens appelés à nous épauler dans le cadre de chacun des examens. La démarche est très coûteuse. Dans deux ou trois cas, nous avons tenté de définir les lignes directrices pour des tests précis, mais la solution n'est pas pratique. Nous ne pouvons pas en assumer nous-mêmes les coûts. Nous devons miser sur l'apport de multiples groupes. Cela fait partie de nos recommandations. Voilà pourquoi nous devons pour ainsi dire réunir toute l'équipe et faire face ensemble au problème.

Souvent, ces personnes travaillent indépendamment de ce que font les cliniciens, et nous ne comprenons pas ce qu'elles font, tout comme elles ne comprennent pas ce que nous faisons.

Prenez l'exemple des statines. Elles ont beau faire baisser le taux de cholestérol, elles ne le font pas toutes également. Certains médicaments ont plus d'effets secondaires que d'autres. Bon nombre de patients ne toléreront pas telle ou telle statine, et très peu d'études indiquant que nous devrions recourir uniquement à des équivalents génériques en tiennent compte. Il s'agit d'une question de qualité de vie.

Le même raisonnement s'applique aux études effectuées presque en marge du travail clinique réel que nous effectuons sur l'efficacité de notre matériel.

**Le président:** Je vais maintenant vous dire ce que je comprends de ce que vous nous avez dit tous les quatre.

Si j'étais le directeur général d'un grand hôpital ou même un sous-ministre provincial de la Santé — je peux plus facilement mettre l'accent sur un hôpital — et que j'avais deux millions de dollars à consacrer à du matériel, les personnes dans votre sphère d'activités ne seraient pas en mesure de me dire si l'hôpital — ou les patients — auraient intérêt à ce que je consacre ces fonds à l'achat d'un tomodensitomètre, d'un appareil pour le traitement



belittling the work — there is a lot of flying blind by the people who ultimately have to make decisions between purchasing A or B in totally different related fields because they have a fixed budget. Am I wrong?

**Senator Morin:** I do not think Dr. Radomsky agrees with that. I am surprised he remains silent. I think there is good scientific evidence showing that the equipment is in fact effective for disease.

**The Chairman:** Senator, you are missing the point. I am not arguing that the equipment itself is not effective. My point is that it must be a terrible dilemma to have to decide, because you have a limited budget, whether to buy an imaging machine or a dialysis machine.

**Senator Morin:** Or hire a nurse or paint the second floor.

**The Chairman:** I was trying to understand if even just choosing among pieces of equipment was an easy decision, and the answer is no.

**Mr. Zelder:** I would not be quite so pessimistic. One of the hopes of this analysis that I talked about, where I tried to determine whether countries that had greater availability of these different types of machines have a higher life expectancy, was that I would get estimates of exactly how much is added to life expectancy by adding machines.

You are shaking your head. It is not a perfect exercise, but it is what we are capable of doing, and it does tell us what the benefits are relative to the cost, and it would allow someone to make the choice. The question is whether people in the position of the CEO of a hospital or a deputy health minister will have the incentives to make those kinds of choices.

**Senator LeBreton:** Your comment is a perfect entrée to my question. I will address the first question to Dr. Radomsky and to Mr. Zelder. In both of your papers you talk about the deficiency in the proper equipment, MRIs being one example. We have a problem at the front end of manpower and also with equipment. When I was listening to your presentation, Dr. Radomsky, you talked about education and dealing with the new technologies that are coming into the field.

What would be the ideal situation to get Canada's levels up. In your brief you talk about Third World levels and the fact that we are way behind all of the people in the OECD. How would we change the health care system to get this diagnostic equipment? As someone mentioned, the public is well-informed and waiting lists are growing. How do we change the psyche around to get the proper equipment in? How do you, as radiologists, deal with this situation where you do not have enough people to handle the equipment? This is the fault of our education system. As we are

des reins ou d'autres choses. Ce que vous nous dites, essentiellement — et je ne minimise en rien la valeur du travail accompli — c'est que les personnes qui assument la responsabilité ultime de choisir d'acheter l'appareil A ou B dans des domaines complètement différents, parce qu'elles disposent d'un budget fixe, fonctionnent à l'aveuglette. Ai-je tort?

**Le sénateur Morin:** Je ne crois pas que le Dr Radomsky soit d'accord avec votre affirmation. Je suis surpris de le voir garder le silence. Je pense qu'il existe de bonnes données scientifiques qui montrent que l'équipement permet efficacement de traiter les maladies.

**Le président:** Sénateur, vous n'avez pas compris ce que j'ai dit. Je ne dis pas que l'équipement en soi n'est pas efficace. Ce que je veux dire, c'est que la personne qui fait face à une décision fait face à un terrible dilemme, le moment venu de choisir entre un appareil pour l'imagerie ou un appareil pour les dialyses, étant donné que le budget est limité.

**Le sénateur Morin:** Ou encore d'embaucher une infirmière ou de repeindre les murs du deuxième étage.

**Le président:** Je cherchais à comprendre s'il était facile ne serait-ce que de choisir entre deux appareils, et la réponse est non.

**M. Zelder:** Je ne serais pas tout à fait aussi pessimiste. L'un des espoirs soulevés dans l'analyse à laquelle j'ai fait allusion, dans laquelle j'ai tenté de déterminer si les citoyens des pays dans lesquels la disponibilité de ces divers types d'appareils était plus grande bénéficiaient d'une espérance de vie plus longue, c'était que nous pourrions avoir une estimation exacte du nombre d'années ajoutées à l'espérance de vie en raison de l'ajout de machines.

Vous hochez la tête. L'exercice n'est pas parfait, mais c'est ce que nous sommes capables de faire, et il nous renseigne sur les avantages par rapport au coût, en plus de donner aux responsables la possibilité de faire le choix qui s'impose. La question est de savoir si les directeurs généraux des hôpitaux ou les sous-ministres de la Santé seront incités à faire ce genre de choix.

**Le sénateur LeBreton:** Vos commentaires sont l'introduction idéale à ma question. Ma première question s'adresse au Dr Radomsky et à M. Zelder. Dans vos mémoires, vous faites tous les deux allusion au manque d'équipement adéquat, par exemple en ce qui concerne les IRM. Au premier plan, nous faisons face à un problème d'effectifs et aussi d'équipement. Dans votre exposé, Dr Radomsky, vous avez fait allusion à l'éducation et au traitement des nouvelles technologies qui font leur apparition sur le terrain.

Quelle serait la solution idéale pour hausser les niveaux au Canada? Dans votre mémoire, vous avez fait allusion aux niveaux observés dans le tiers monde et au fait que nous accusons du retard par rapport à tous les pays de l'OCDE. Comment devrions-nous transformer le système de soins de santé pour obtenir le matériel diagnostique nécessaire? Comme quelqu'un l'a mentionné, le public est bien informé, et les listes d'attente s'allongent. Comment modifier les mentalités pour obtenir l'équipement nécessaire? Comment les radiologistes

training our medical students, we are not sending them off into the right areas.

**Dr. Radomsky:** The second question is relatively easy to answer. We have a shortage simply because we did not take into account the growing population needs. Collectively, we used cutbacks across the board in funding positions in medical schools and residency programs and nursing and technology programs. We used that as a means of limiting health care spending. It had the desired effect for a short time. However, as you know, it takes at least 10 or 12 years to produce a radiologist. We are turning out 70 a year and we need about 100 in Canada to maintain status quo. We can meet some of that need by work being within the current funding system to increase our efficiency. We need teleradiology facts and the information technology that has been denied in this sector of our economy. Every other sector of the economy where you have used the information technology it its fullest, you have realized significant cost savings. We have not been able to do that. As we use the technology and work to a situation where we try to use the best test first rather than multiple expensive tests or in the case of certain radiology treatments, it will become obvious that we will save a significant amount in the system that can be applied in other areas.

**Senator LeBreton:** You an the example at the beginning of your presentation about how the technology has changed dramatically within your own period of time as a radiologist. What about the people who are presently in your field? How do you bring them up to speed on the new equipment that is coming into use? If they are trying to deal with the shortage in the hospitals of proper diagnostic equipment and there are not enough medical students in your field, what do you do with the people that are presently in your field?

**Dr. Radomsky:** That is a major issue. I can explain this to you from practical experience. We just added an MRI machine. We were fortunate enough to be able to hire one or two new young graduates who were fully qualified, but that is not enough. Several of our people had to go back and spend a minimum of three to six months training to qualify. That was done at their own expense, while they were out of circulation and not able to provide service. We are faced with that again when someone retires. We must replace that specific skill. What are forced to cancel procedures, cancel patients and work harder in order to give an individual the three months required to upgrade the skills to do the procedure that he will be replacing. That is a major problem in the system. I do little now that I was taught to do almost 30 years ago.

composent-ils avec le fait que vous ne disposez pas du personnel suffisant pour faire fonctionner le matériel? C'est la faute de notre système d'éducation. Nous formons des médecins, mais nous ne les affectons pas dans les bons domaines.

**Le Dr Radomsky:** Il est relativement facile de répondre à la deuxième question. La pénurie s'explique simplement par le fait que nous n'avons pas tenu compte des besoins de plus en plus grand de la population. Collectivement, nous avons sacré dans le financement des places dans les écoles de médecine, les programmes de formation, les programmes de nursing et les programmes de technologie. C'est le moyen que nous avons utilisé pour limiter les dépenses dans la santé. La mesure a eu l'effet escompté pendant un bref instant. Cependant, comme vous le savez, il faut au moins 10 ou 12 ans pour produire un radiologiste. Nous en formons 70 par année, et il en faudrait 100 au Canada pour que nous puissions maintenir le statu quo. On pourra répondre à certains besoins en prenant certaines mesures à l'intérieur du régime de financement actuel pour accroître notre efficience. Nous avons besoin de faits sur la téléradiologie et la technologie de l'information qui a été refusée à ce secteur de notre économie. Dans tous les secteurs de l'économie où la technologie de l'information a été utilisée à son plein potentiel, on a réalisé des économies considérables. Nous n'avons pas été en mesure de le faire. Au fur et à mesure que nous utiliserons la technologie et que nous apprendrons à utiliser le meilleur test plutôt qu'une multitude de tests coûteux ou certains traitements radiologiques, le système réalisera à coup sûr des économies considérables, et les sommes pourront être appliquées à d'autres secteurs.

**Le sénateur LeBreton:** Au début de votre exposé, vous avez cité en exemple la transformation radicale de la technologie depuis que vous êtes radiologiste. Qu'en est-il des personnes qui travaillent actuellement dans votre domaine? Comment peut-on les initier au nouveau matériel adopté? Si on s'efforce de pallier dans les hôpitaux la pénurie de matériel diagnostique adéquat et que votre domaine compte trop peu d'étudiants en médecine, que faites-vous des personnes qui travaillent actuellement dans votre secteur?

**Le Dr Radomsky:** Il s'agit d'un problème majeur. Je peux vous l'expliquer d'un point de vue pratique. Nous venons tout juste d'ajouter un appareil d'IRM. Nous avons eu la chance de pouvoir embaucher deux ou trois diplômés de fraîche date tout à fait qualifiés, mais ce n'est pas suffisant. Quelques-uns des membres de notre personnel ont dû retourner sur les bancs de l'école et suivre une formation de trois à six mois pour établir leur admissibilité. Ils l'ont fait à leurs propres frais. Pendant cette période, ils étaient hors circuit et n'assuraient pas de service. Nous sommes confrontés à ce problème chaque fois que quelqu'un part à la retraite. Nous devons remplacer les compétences précises que possédait la personne. Nous sommes contraints d'annuler des procédures et des rendez-vous et de travailler plus fort pour assurer à une personne les trois mois dont elle a besoin pour perfectionner les compétences qu'avait la personne qui sera remplacée. Il s'agit d'un problème majeur dans le système. Ce que je fais aujourd'hui a peu de rapport avec ce qu'on m'a enseigné il y a près de 30 ans.



**Senator LeBreton:** That, then, would contribute to the whole length of waiting times.

**Dr. Radomsky:** That is correct. There are some things we can do to speed up the process of putting new people through. They are outlined in our document. We need to address the foreign medical graduate issue. There may not be many who are actually qualified in Canada to do the work that we do and many of them simply cannot be brought up to speed. That was aptly demonstrated by our colleagues in Quebec. They took several people qualified in certain foreign countries and tried to bring them up to speed to Canadian standards. Unfortunately, they did not have the background. That pool is limited. There is another pool of physicians who want to change jobs. Traditionally, that was the source of at least 25 per cent of radiologists. I am an old GP. That door has been closed effectively because the medical students now must make their choices by the third year. It is very difficult or almost impossible for them to switch. That is another avenue that needs to be explored. There are a number of things that we can do to help the situation now. I hesitate to recommend going to other countries and actively recruiting. I personally do not think that is fair. Some other countries have complained about us for doing that.

**Senator LeBreton:** I do not think a day goes by without hearing someone on the radio talking about the fact that if they had a MRI, there would have been a different outcome. People are waiting too long to be diagnosed. If they had be diagnosed, they would not be so sick. Mr. Zelder, what would you suggest the governments and health care providers do?

**Mr. Zelder:** I think the fundamental issue is structural. We have a system of allocating resources to health care which is one of centralized bureaucratic control; that is, setting of prices, setting of reimbursements, controlling availability and curtailing costs. The way to get the levels of technology and the numbers of personnel up to the right numbers — that is, the numbers where the cost of having these people and machines in place is balanced by the benefits — will be much better accomplished by a system where there are reforms to the incentives where the process for allocating resources for getting people and machines in place is not one of centralized command and control but is one based more on individual economic and market-based incentives. Hospitals can then make profits from having the right stock of machinery and people can control their own resources and spending for health care with medical savings accounts or, as in Britain, doctors and hospitals can have funds that they use to purchase care on behalf their patients. We need more financial control in the hands of the people who can actually benefit from the right amounts of technology and people in place.

**Le sénateur LeBreton:** Cette situation contribue donc à l'allongement des listes d'attente?

**Le Dr Radomsky:** C'est vrai. Il y a certaines choses que nous pouvons faire pour accélérer l'entrée en fonction de nouvelles personnes. On les présente dans notre document. Nous devons nous attaquer au problème des diplômés en médecine formés à l'étranger. Au Canada, il n'y en a peut-être pas beaucoup qui soient en mesure d'effectuer le travail que nous faisons, et il est simplement impossible d'actualiser les connaissances de certains d'entre eux, ainsi que l'ont bien illustré nos collègues québécois. Ils ont accueilli un certain nombre de personnes formées dans des pays étrangers et ont tenté d'élever leurs compétences au niveau des normes canadiennes. Malheureusement, les personnes concernées ne possédaient pas les antécédents nécessaires. Le bassin est limité. Il y a un autre groupe de médecins qui souhaitent changer d'emploi. Traditionnellement, c'était la source d'au moins 25 p. 100 des radiologistes. Je suis moi-même un ancien généraliste. On a maintenant fermé la porte parce que les étudiants en médecine doivent effectuer des choix dès leur troisième année d'études. Il est très difficile ou presque impossible pour eux de changer d'idée. C'est une autre avenue que nous devons explorer. Il y a un certain nombre de choses que nous pouvons faire pour corriger maintenant la situation. J'hésite à recommander le recrutement actif dans d'autres pays. Personnellement, je ne crois pas qu'il s'agisse d'une pratique équitable. Certains pays nous ont reproché de le faire.

**Le sénateur LeBreton:** Je ne crois pas qu'il s'écoule une journée sans que, à la radio, quelqu'un nous dise que l'issue d'un traitement aurait été différente si seulement l'établissement concerné avait possédé une IRM. Les patients attendent un diagnostic pendant trop longtemps. S'ils avaient été diagnostiqués, ils ne seraient pas malades. À votre avis, monsieur Zelder, que doivent faire les gouvernements et les fournisseurs de soins de santé?

**M. Zelder:** Je crois que la question fondamentale est d'ordre structurel. Nous disposons d'un système d'allocation des ressources aux soins de santé axé sur le contrôle bureaucratique centralisé, c'est-à-dire qu'on fixe les prix et les remboursements, qu'on contrôle la disponibilité et qu'on limite les coûts. On sera beaucoup mieux en mesure d'obtenir les niveaux de technologie et d'effectifs voulus — c'est-à-dire ceux dont les coûts sont compensés par les avantages — lorsque seront adoptées des réformes assorties d'incitatifs en vertu desquels le mécanisme d'allocation des ressources aux fins de la dotation et de l'acquisition d'appareils sera axée non plus sur une structure centralisée de commandement et de contrôle, mais bien davantage sur les indicatifs économiques tenant compte de forces du marché. Les hôpitaux pourront alors tirer des avantages de la présence d'un parc d'instruments adéquats, et les responsables pourront administrer leurs ressources et leurs dépenses liées aux soins de santé grâce à des comptes d'épargne médicale où, comme on le fait en Grande-Bretagne, les médecins et les hôpitaux disposeront de fonds qu'ils pourront utiliser pour acheter des soins au nom de leurs patients. Nous devons laisser le contrôle financier aux mains des personnes susceptibles de bénéficier de la présence des ressources technologiques et humaines voulues.

**Senator LeBreton:** Dr. Sanders, following up on the question the chair asked, what do you tell them? He was talking specifically about equipment. When you look at the numbers on drugs, for example, from 1995 to the year 2000, and new equipment, there are huge numbers for your decision makers to have to deal with. How do you properly analyze and manage these numbers? How many people do you have that you can draw on? A huge amount of information is required before you approve a piece of equipment or a particular drug. How do we assure Canadians that, when these things hit the market, they have gone through a thorough check? I know that you are criticized for not moving quickly enough on some of them.

**Dr. Sanders:** Perhaps I should start by saying that a year ago our annual funding level was \$3.7 million. We had a handful of researchers, and a few dollars for contracting out. That level of funding has been increased by the deputy ministers to \$4.3 million starting this April. We have now increased our researchers to about a dozen.

More growth would answer more questions, more quickly. The answer to your question is that we do not look at all the drugs and all the technologies. The board of directors, supported by some advisory committees that are jurisdictional, determine the priorities. Representation is from each province, territory and from the federal government. We start at the top and we work our way down. We then rework the priorities every six months. We start at the top of that list and work down it for six months.

Increasing funding would be one answer. However, there is a limited pool of capacity. It comes back to this shortage of qualified personnel, so we also have to address that.

Worldwide, where does Canada compare in health technology assessment? To compare it with the U.K. for instance, the funding level into health technology assessment types of activity is about Can. \$100 million. CCHOTA receives Can. \$4.3 million, but there is also funding going into the provincial agencies. We would have to do an estimate, but we are looking at about \$7 million overall in Canada. The number is very much lower, but the number of technologies is not any lower.

We try to cooperate with other agencies elsewhere. We have been doing that to some success with a new agency in the U.K. We exchange early drafts of reports and then cherry-pick what we can use out of each other's reports, thereby saving time and money. We are doing those kind of things with other agencies around the world.

Canada is the only non-European partner in a group called Euroscan, which deals with early warning horizon scanning. We invited ourselves to that. We share the databases. We are all out there scanning, and we just pull all the results.

**Le sénateur LeBreton:** Docteur Sanders, pour faire suite à la question posée par le président, que diriez-vous aux intéressés? Il faisait référence à l'équipement. Considérons les chiffres relatifs aux médicaments, pour la période de 1995 à 2000, au nouvel équipement: les décideurs doivent composer avec des chiffres astronomiques. Comment analyser et gérer adéquatement ces chiffres? Sur combien de personnes pouvez-vous compter à cette fin? Pour approuver un appareil ou un médicament donné, on doit se fonder sur une masse d'informations. Comment pouvons-nous donner aux Canadiens l'assurance que les appareils mis en marché ont subi un examen exhaustif? Je sais qu'on vous reproche de ne pas réagir assez rapidement à propos de certains de ces appareils.

**La Dre Sanders:** Au départ, je devrais peut-être préciser que, l'année dernière, notre financement annuel était de 3,7 millions de dollars. Nous disposions d'une poignée de chercheurs et de quelques dollars à utiliser aux fins de la sous-traitance. À compter d'avril, les sous-ministres ont porté notre financement à 4,3 millions de dollars. Nous misons désormais sur une douzaine de chercheurs.

Une croissance accrue nous permettrait de répondre à plus de questions plus rapidement. La réponse à la question que vous posez est que nous n'examinons pas tous les médicaments ni toutes les technologies. Le conseil d'administration, avec l'appui de certains comités consultatifs sectoriels, détermine l'ordre de priorité. Les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral sont représentés. Nous commençons par le haut et nous allons vers le bas. Nous redéfinissons l'ordre de priorité tous les six mois. Nous reprenons tout à partir d'en haut et nous descendons pendant une période de six mois.

L'augmentation du financement serait une solution. Cependant, la capacité est limitée. Le phénomène s'explique par la pénurie de candidats qualifiés. C'est donc un problème auquel nous devons nous attaquer.

Dans l'ensemble du monde, où le Canada se situe-t-il dans le domaine de l'évaluation des technologies de la santé? Au Royaume-Uni, par exemple, le financement des types d'activités assimilables à l'évaluation des technologies de la santé équivaut à environ 100 millions de dollars canadiens. L'OCCETS reçoit 4,3 millions de dollars canadiens, mais les organisations provinciales reçoivent également du financement. Au total, au Canada, on estime le financement à environ 7 millions de dollars. La somme est beaucoup moindre, mais la quantité de technologies ne l'est pas.

Nous tentons de coopérer avec d'autres organisations établies ailleurs. Nous avons réussi à le faire avec une nouvelle organisation du Royaume-Uni. Nous échangeons des versions préliminaires de rapports, et choisissons les éléments susceptibles de nous être utiles, ce qui nous permet d'économiser temps et argent. Nous agissons de la sorte avec d'autres organisations des quatre coins du monde.

Le Canada est le seul partenaire non européen d'un groupe appelé Euroscan, qui s'intéresse à ce que l'avenir nous réserve à des fins d'avertissement précoce. Nous nous sommes nous-mêmes invités. Nous partageons les bases de données. Nous exerçons nos



There is a lot of cooperation going on in the field, but we do not address all technologies or drugs.

**Senator LeBreton:** Professor Feeny, your presentation tied in very well with that of the other three witnesses. However, I got the distinct impression when I was listening to your presentation that you are advocating preventative techniques. I got the impression that you would like to see more resources spent on diagnostics, at the front end, which is where you think we could have some cost savings. Am I right in that assessment?

**Mr. Feeny:** Perhaps. In most public systems, regardless of whether or not they deal with health care, the acquisition of capital equipment is discouraged. It comes under incredible scrutiny. It is plausible that we have underinvested in equipment. It is really a skilled labour-intensive industry; it is not really an equipment industry. We need to change the culture and incentives, both sociological as well as pecuniary, about the evidence that you have to present in order to justify obtaining the new program, the new equipment, or whatever, or at least the commitment to a process of evaluation to justify that *ex post* because that has information for the rest of the system. In this way, you can really demonstrate evidence of safety and efficacy, effectiveness, community effectiveness and economic efficiency, as well as dealing with some other equity issues.

I will exaggerate here in order to make my point. It used to be that when certain hospitals in Toronto wanted a budget increase from the ministry they would wheel patients out into the hallway and call the press in. This would justify getting a budget increase, which perhaps they really needed.

We need to change the playing field so the way to get that is to synthesize that evidence, borrow from CCHOTA and from offshore, if you have to, and say, "If we do this program, this is what the cost will be. These are the consequences and this is what we will give up to do that. What we are giving up is less than what we are getting. This is the target that we should achieve. If we are successful in this program, the prevalence or severity of the problem in people who have it will go down by this much. We want you to come back and we will all look at it together five years from now and see if we made those benchmarks or not." We need that kind of iterative problem-solving decision making throughout the system.

**Senator Robertson:** My main question is for Dr. Radomsky. I am most interested in the chart on page 4 which relates to outdated equipment. Technically speaking, can you describe to me what "outdated" means in your use of the word?

activités chacun de notre côté et nous mettons tous les résultats en commun.

Dans le domaine, la coopération bat son plein, mais nous ne nous intéressons pas à toutes les technologies ni à tous les médicaments.

**Le sénateur LeBreton:** Monsieur Feeny, votre exposé s'est très bien intégré à celui des trois autres témoins. À vous entendre, j'ai toutefois eu la nette impression que vous préconisiez l'adoption de techniques de prévention. J'ai eu l'impression que vous aimeriez qu'on consacre davantage de ressources aux diagnostics, en première ligne, là où, croyez-vous, on pourrait réaliser certaines économies. S'agit-il d'une appréciation juste?

**M. Feeny:** Peut-être. Dans la plupart des régimes publics, qu'ils portent ou non sur les soins de santé, on décourage l'acquisition de biens d'immobilisations. Les achats font l'objet d'une incroyable attention. Il est possible que nous ayons sous-investi dans l'équipement. Il s'agit d'une industrie à forte concentration de main-d'oeuvre qualifiée, mais pas vraiment d'une industrie axée sur le matériel. Nous devons modifier la culture et les incitatifs, sociologiques aussi bien que pécuniaires, relativement aux données qu'on doit fournir pour justifier l'obtention du nouveau programme, du nouvel équipement ou je ne sais trop quoi, ou tout au moins l'engagement de faire une évaluation qui justifie la démarche a posteriori puisqu'il y a des conséquences pour le reste du système. De cette façon, on peut montrer qu'il y a des gains du point de vue de l'innocuité, de l'efficacité, de l'efficacité communautaire et de l'efficience économique, tout en s'intéressant à certaines autres questions touchant l'équité.

Ici, je vais exagérer pour bien illustrer mon propos. Quand, à une certaine époque, des hôpitaux torontois voulaient que le ministère augmente leur budget, ils installaient des patients dans les corridors et convoquaient les médias. Ils justifiaient ainsi une augmentation de leur budget, dont ils avaient peut-être vraiment besoin.

Nous devons modifier les règles du jeu. Pour y parvenir, la solution consiste à faire la synthèse des données, à emprunter à l'OCCETS et à des organisations étrangères, s'il le faut, et dire: «Si nous adoptons tel ou tel programme, voici ce qu'il nous en coûtera. Voici les conséquences et ce à quoi nous devons renoncer pour aller de l'avant. Ce à quoi nous renonçons est moindre que ce que nous gagnons. Tel est l'objectif que nous devrions atteindre. Si le programme donne les résultats escomptés, on parviendra à réduire de telle proportion la prévalence ou la gravité du problème éprouvé par les patients. Nous voulons que vous reveniez nous voir. Dans cinq ans, nous allons faire une nouvelle évaluation et déterminer si les objectifs ont été atteints ou non.» C'est ce genre de processus décisionnel itératif axé sur la résolution de problèmes dont nous avons besoin dans l'ensemble du système.

**Le sénateur Robertson:** Ma principale question s'adresse au Dr Radomsky. J'ai été intéressée au plus haut point par le tableau que vous présentez à la page 4 de votre mémoire au sujet du matériel désuet. Sur le plan technique, qu'entendez-vous par «désuet»?



**Dr. Radomsky:** There is no uniform standard for what outdated equipment is. In the United States, the data we had was based on a six-year average. In some European countries, it is based on a 10-year average. I believe we used eight years. We have to be careful about this because, in general, when we do this type of analysis, the age of the equipment matches the functionality. If we say that 60 per cent of our equipment is outdated, using a specific time criteria, then functionally most of that equipment will be outdated and should be replaced because the wheels are falling off.

I will give you the example of ultrasound because this is the best example we have. Ultrasound technology is changing extremely rapidly. No one here is now using a 386 chip in your computers. It just does not do the job. The ultrasound machine that was state of the art even six years ago may not be adequate to do the diagnostic job that is required today. I am not sure if I use that example in my own practice. Several machines in one of our hospitals are approximately eight to ten years old. They were once state-of-the-art machines. They are maintained to that standard. However, when I find a breast cancer with my newer ultrasound machine in the office. I cannot find that same cancer with the eight-year-old machine in the hospital. Therefore, I cannot perform a biopsy on it. We have to use some other test or send the patient to some other facility, thereby increasing the cost, the anxiety, as well as inconvenience the patient.

In the final analysis, when it comes to any individual piece of equipment, we must make our personal judgments on the functionality. We believe that the functionality parallels closely the figures that we use here in this text.

**Senator Robertson:** With this particular table, then, you are saying that if I, as a patient, were exposed to some general radiography process, the results from an outdated piece of equipment would give you only 37 per cent accuracy? The difference there would be the accuracy of your diagnosis or the information that you got from that particular process.

**Mr. Radomsky:** I do not think we can make that correlation. That is not a statistically valid correlation. What I am saying, and what I can say, is that we know that we will have trouble with that particular piece of equipment making the diagnosis or providing the treatment. There is the potential to miss something that will be hazardous to the patient, and that puts us in an untenable position.

**Senator Robertson:** If I understand you correctly, then, this "outdated equipment" relates to what that machine would do when it was relatively new compared to a newer piece of equipment that would give you a much greater understanding or interpretation of your patients. The technology is outdated. It still does, perhaps, what it was designed to do eight years ago, but the new technology would do so much more. Is that correct?

**Le Dr Radomsky:** Il n'y a pas de norme uniforme pour définir ce qu'on entend par du matériel désuet. Aux États-Unis, les données dont nous disposions étaient fondées sur une moyenne de six ans. Dans certains pays européens, on utilise une moyenne de dix ans. Je crois que nous nous fondons pour notre part sur huit ans. Dans ce genre d'analyse, nous devons faire preuve de prudence parce que, en général, l'âge du matériel correspond à la fonctionnalité. Si, en nous fondant sur un critère temporel précis, nous disons que 60 p. 100 du matériel est désuet, la fonctionnalité de la plupart des appareils concernés sera elle aussi désuète, et les appareils en question devraient être remplacés parce que les roues ne tiennent plus en place.

Je vais vous citer l'exemple de l'échographie parce que c'est le meilleur qui soit. L'évolution de la technologie ultrason est extrêmement rapide. Plus personne ici n'utilise un ordinateur doté d'un processeur intégré 386. Ces processeurs ne font plus l'affaire. Il est possible que l'échographe qui était à la fine pointe de la technologie il y a à peine six ans ne soit plus en mesure d'effectuer le travail de diagnostic attendu de lui aujourd'hui. Je ne sais plus si j'ai utilisé cet exemple tiré de ma propre pratique. Dans nos hôpitaux, nous utilisons quelques machines vieilles de huit à dix ans. Elles étaient autrefois à la fine pointe de la technologie. On les a entretenues en conséquence. Dans mon cabinet, mon nouvel échographe me permet de dépister des cancers du sein que n'a pas détectés la machine vieille de huit ans que possède l'hôpital. Par conséquent, je ne peux pas faire de biopsie. Nous devons utiliser d'autres tests ou aiguiller la patiente vers un autre centre, ce qui entraîne une augmentation des coûts, sans parler de l'anxiété et des inconvénients pour la patiente.

En dernière analyse, nous devons, le moment venu de prendre une décision relative à tout appareil, exercer des jugements personnels sur la fonctionnalité. Nous pensons que la fonctionnalité épouse de près les chiffres que nous avons cités ici dans le document.

**Le sénateur Robertson:** Ce que vous nous dites, en regard de ce tableau particulier, c'est donc que, à supposer que, à titre de patiente, j'aie subi une quelconque procédure radiographique générale, les résultats produits par un appareil désuet ne vous donneraient qu'une exactitude de 37 p. 100? Dans ce cas, l'écart s'expliquerait par l'exactitude de votre diagnostic ou l'information que vous fournit cette procédure donnée.

**M. Radomsky:** Je ne crois pas que nous puissions faire une telle corrélation. Ce n'est pas une corrélation valide sur le plan statistique. Ce que je dis et puis dire, c'est que, avec ce type d'appareil, nous aurons du mal à établir le diagnostic ou à assurer le traitement. Il est possible que nous passions à côté de quelque chose qui est dangereux pour le patient, ce qui nous place dans une situation intenable.

**Le sénateur Robertson:** Si je vous comprends bien, la notion d'«appareil désuet» a trait à ce que la machine pouvait faire à l'époque où elle était relativement nouvelle par rapport à ce que peut faire un appareil plus récent, qui vous donne une bien meilleure compréhension ou interprétation de vos patients. La technologie est désuète. Elle continue malgré tout de faire ce qu'elle avait été conçue pour faire il y a huit ans, mais la nouvelle technologie peut faire beaucoup plus. Est-ce exact?

**Dr. Radomsky:** That is part of it, yes. Also, as any piece of equipment ages, it is not able to always function at the same level at which it was designed to function.

**Senator Robertson:** I am from that school that believes this is probably one of the most important parts of the hospital or the clinic. I believe we have been negligent in this area.

What about what I call the hard technology — these items we are talking about here? I read that Canada imports most of its hard technology.

**Dr. Radomsky:** Are you speaking about manufacturing and development?

**Senator Robertson:** Yes.

**Dr. Radomsky:** To the best of my knowledge, we have no home-grown equipment producers.

**Senator Robertson:** I thought so. Thank you for that information. It is important that we understand what having all of this outdated equipment means.

On page eight, of your document, Mr. Feeny, you talk about the report card on the health of Canadians. That is found in table 1. You go on to explain what you did in one of your slides. You say that a 15- to 19-year-old female can expect to live so many years in good health and so many years in not good health.

Do you deal only with statistical evidence in your work, or do you sometimes collaborate with others and ask: "What could we be doing differently in the health system that would change those percentages?"

**Mr. Feeny:** The intent of measuring that is to help focus policy questions. The National Population Health Survey looks at the health of all Canadians — those living in the community and living in institutions. It is a national report card. What actually causes health to deteriorate or not deteriorate usually takes microstudies — that is, much more focused studies on particular groups. There is other information you can get out of those sources. One is that health care is only a small part of what determines health status. The National Population Health Survey is a wonderful vehicle. Canada is in an enviable position, in terms of its measurement, for examining the roles of education, health and environmental exposure to determining health. That is one of the reasons I am skeptical of macro evidence on the effects of having more CT scanners available, or whatever. There are a lot of other things going on.

Other people are now doing linkages between data sets such as the National Population Health Survey and provincial utilization data sets. The same people are in both places and there are enormous confidentiality issues, but if you get the right linkage you can look at longitudinal trends in health status and in utilization of health care services and start to provide a more

**Le Dr Radomsky:** En partie, oui. Comme tout appareil qui vieillit, l'appareil en question n'est pas toujours en mesure de fonctionner au niveau prévu.

**Le sénateur Robertson:** Je viens de la vieille école, en vertu de laquelle on considérait qu'il s'agit probablement de l'un des secteurs les plus importants de l'hôpital ou de la clinique. Je crois que nous avons fait preuve de négligence dans ce domaine.

Qu'en est-il de ce que j'appelle la technologie «dure»? J'ai lu quelque part que le Canada importe la plupart de ces technologies dures.

**Le Dr Radomsky:** Vous voulez parler de la fabrication et du développement?

**Le sénateur Robertson:** Oui.

**Le Dr Radomsky:** Au meilleur de ma connaissance, nous n'avons pas au pays de producteur d'équipement.

**Le sénateur Robertson:** C'est ce que je pensais. Je vous remercie du renseignement. Il importe que nous comprenions ce que signifie la présence de tous ces appareils désuets.

À la page 8 de votre document, monsieur Feeny, vous faites référence au bulletin de santé des Canadiens. Je crois que c'est dans le tableau 1. Dans une de vos diapositives, vous expliquez ensuite ce que vous avez fait. Vous dites qu'une jeune femme âgée de 15 à 19 ans peut compter vivre un nombre X d'années en bonne santé et un nombre X d'années en état de santé moins bon.

Dans vos travaux, utilisez-vous uniquement des données statistiques, ou vous arrive-t-il parfois de collaborer avec d'autres personnes et de leur demander: «Quelles sont les choses que nous pourrions faire différemment dans le système de santé pour modifier ces pourcentages?»

**M. Feeny:** Si je mesure ce genre de chose, c'est dans l'intention de contribuer au ciblage des questions stratégiques. L'Enquête nationale sur la santé de la population porte sur la santé de tous les Canadiens — ceux qui vivent dans la collectivité et ceux qui vivent dans des établissements. Il s'agit d'un bulletin national. Pour établir les causes de la détérioration ou de la non-détérioration de l'état de santé des citoyens, il faut habituellement des micro-études — des études nettement plus ciblées sur les groupes concernés. Il y a d'autres données qu'on peut se procurer auprès de ces sources. Il y a notamment le fait que les soins de santé ne sont qu'un petit élément de ce qui détermine l'état de santé. À cet égard, l'Enquête nationale sur la santé de la population constitue un extraordinaire véhicule. Du point de vue des mesures, le Canada est très bien placé pour examiner les rôles de l'éducation, de la santé et de l'exposition ambiante comme déterminants de la santé. Voilà pourquoi je me montre sceptique à l'endroit des macro-données portant sur les effets d'une plus grande disponibilité des tomodensitomètres ou de je ne sais trop quoi. Il y a beaucoup d'autres éléments dont on doit tenir compte.

D'autres personnes s'efforcent maintenant d'établir des liens entre des séries de données comme l'Enquête nationale sur la santé de la population et celles sur l'utilisation qui proviennent des provinces. On trouve les mêmes personnes aux deux endroits, ce qui soulève d'énormes problèmes liés au respect des renseignements personnels, mais l'existence des liens nécessaires



population-based answer as opposed to a clinical cohort to find the answer on what determines health status.

I have also been involved in a number of these technology assessments involving multidisciplinary teams, for example, nurses, physicians, economists and statisticians, and assessing the impact that the new technology therapies have on health-related quality of life and costs. One area that I have worked in is paediatric oncology. Many trials are about reducing the treatment burden — that is, the health-related quality of life and burden of treatment — and the problems in survivorship. That is to say, the conditions that people are left with. The name of the game is how to get people to survive, but have less burden while getting there and less burden living in that state, the outcome.

**Senator Morin:** I learned a lot this morning. I am extremely sympathetic to Dr. Radomsky. There is no doubt that Canadian radiology equipment is rusting. I have noted with interest that they now have lawyers in the game. I am not sure that that will reduce the cost. From what I have read in the newspapers, every time you do an exam you will have a lawyer sitting next to you. I am sure that will be comforting for the patients who hear all this.

It is interesting that two years ago the Canadian Association of Radiologists recommended the federal government contribute \$1 billion. Unfortunately, I could not find the paper, but I believe the premise was that if we invested \$1 billion into this, that would help solve the problem. Well, that was done. The government gave you \$1 billion in addition to the \$20 billion that it contributed to health care. Where did that money go? That is a lot of money. You can buy a lot of equipment with that. Apparently, it is not sufficient, because the lawyers are now with us. How many additional billion dollars should we put toward solving the problem? Having said that, I am not being facetious. I fully realize there is a problem here.

In talking about independent health care facilities, are we talking about private clinics? Are we talking about for-profit clinics? Are we talking about clinics where patients actually pay to have tests done, which they could have for free, in order to jump the queue?

Mr. Zelder, you talk about waiting lists for radiation treatments and about patients going to the United States for radiation treatments. What is interesting is that we have more radiation equipment in Canada than they do in the United States. We have almost twice as much. The fact remains that we are sending our patients to the United States for radiation treatment. A large

permet d'examiner les tendances longitudinales relatives à l'état de santé et à l'utilisation des services de santé. Pour répondre aux questions relatives aux déterminants de la santé, on dispose dès lors de données davantage axées sur la population en général et non sur une cohorte clinique.

J'ai également participé à un certain nombre d'évaluations des technologies faisant appel à des équipes multidisciplinaires composées, par exemple, d'infirmières, de médecins, d'économistes et de statisticiens, lesquelles évaluaient l'impact des nouvelles thérapies technologiques sur les coûts et la qualité de vie liés à la santé. J'ai notamment effectué du travail dans le domaine de l'oncologie pédiatrique. De nombreux essais visent à réduire le fardeau lié au traitement — c'est-à-dire la question de la qualité de vie liée à la santé et le fardeau du traitement — et les problèmes que cause le statut de survivant, c'est-à-dire l'état dans lequel les gens sont laissés. La clé du problème, c'est de déterminer les moyens de permettre aux malades de survivre, tout en allégeant le fardeau qu'ils ont à assumer pendant le traitement et après, ce qu'on peut aussi appeler le résultat.

**Le sénateur Morin:** J'ai beaucoup appris ce matin. J'ai énormément de sympathie pour le Dr Radomsky; il ne fait aucun doute que la rouille s'est emparée du matériel radiologique canadien. J'ai noté avec intérêt que des avocats font maintenant partie du jeu. Je ne suis pas certain qu'il en résultera des économies. D'après ce que j'ai lu dans les journaux, un avocat vous accompagnera chaque fois que vous effectuerez un examen. Je suis sûr que la nouvelle procurera du réconfort à tous les patients.

Il est intéressant de noter que, il y a deux ans, l'Association canadienne des radiologistes a recommandé au gouvernement fédéral d'injecter une somme de 1 milliard de dollars. Malheureusement, je n'ai pas réussi à retrouver le document, mais je crois que l'hypothèse de base était qu'un investissement de 1 milliard de dollars dans ce secteur contribuerait à résoudre le problème. Eh bien, c'est ce qu'on a fait. Le gouvernement vous a remis une somme de 1 milliard de dollars en sus de sa contribution de 20 milliards de dollars aux soins de santé. Où l'argent est-il allé? C'est beaucoup d'argent. On peut acheter beaucoup d'équipement avec une telle somme. Apparemment, ce n'était pas suffisant parce que nous devons maintenant composer avec l'intervention des avocats. Combien de milliards de dollars additionnels devra-t-on investir pour régler le problème? Cela dit, je ne badine pas. Je suis tout à fait conscient de l'existence d'un problème.

En ce qui concerne les établissements de santé indépendants, parlons-nous de cliniques privées? Parlons-nous de cliniques à but lucratif? Parlons-nous des cliniques dans lesquelles les patients assument les coûts de tests qu'ils pourraient obtenir gratuitement simplement afin de ne pas attendre?

Monsieur Zelder, vous avez fait allusion aux listes d'attente pour les radiothérapies et à des personnes qui se rendent aux États-Unis pour obtenir de tels traitements. Ce que je trouve intéressant, c'est que nous disposons au Canada de plus de matériel de radiothérapie que les États-Unis. Nous en avons presque deux fois plus. Il n'en demeure pas moins que des



segment of those patients who are waiting for treatment and have decided to go to the U.S., are from Quebec.

Finally, it is a fact that that we are doing poorly in hard technology. However, if we use Dr. Sander's definition for technology and include drugs, we are doing well. We are third or fourth in the world as far as drug spending goes. We spend 14 per cent of our total health expenditure on drugs in Canada, while the U.S. spends only 8 per cent. Then there is technology assessment. If it is so structural, we would not be — and I am not saying that it is not right — spending far more in one part of technology while we are not spending enough on the harder technology. I agree that we are spending far more on one part of technology while we are not spending enough on the harder technology.

Senator Robertson touched upon the reasoning correctly. While we have a strong and innovative research and development drug industry in Canada, harder technology this is a weak sector of our economy.

I was interested to see the list Mr. Zelder gave us of leading-edge technologies that were not available in Canada but were available in the U.S. Most of it is related to research. Radioactive balloon angioplasty is research. That is not a proven technology. I am not saying it should not be done somewhere else, but a lot of technology assessment is trial and error. That is how equipment gets into a country. Canada does not do this. We are totally dependent. We are really Third-World in that regard, and that is a problem we should address. Countries such as Germany, France, and most European countries — and you know this better than I do, Dr. Radomsky — have their own equipment industry. That is the way to introduce and get new equipment. That is one area that Canada lacks.

My final comment concerns technology assessment. Technology assessment in Canada is extremely powerful compared to the U.S., and in other countries where they have a private sector, because we have a health monopoly here. There is no doubt that there has been in the past an anti-technology bias — that is to say, technology versus person-centred care. I remember in Quebec what was written about the MRIs when they came out. It was said that they were expensive, there was no value to them and there should be only one MRI in the province.

I am certain that there is an anti-technology bias in those who are responsible for health policy in this country.

**Dr. Radomsky:** Your first question was: Where did the \$1 billion go? We are here to find that out. Apparently, several of the provinces have not applied for their share. I think there was only \$500 million in the first segment. The next \$500 million will

patients doivent aller se faire traiter aux États-Unis. Un bon nombre des patients en attente d'un traitement qui ont décidé d'aller aux États-Unis viennent du Québec.

Enfin, c'est vrai que, du point de vue de la technologie dure, nous tirons assez mal notre épingle du jeu. Si, cependant, nous utilisons la définition de technologies données par la Dre Sanders, laquelle comprend les médicaments, nous nous tirons bien d'affaire. En ce qui concerne les dépenses affectées aux médicaments, nous venons au troisième ou au quatrième rang mondial. Au Canada, nous affectons aux médicaments 14 p. 100 des dépenses totales liées à la santé, tandis que, aux États-Unis, la proportion n'est que de 8 p. 100. Il y a aussi la question de l'évaluation des technologies. Si tout était si structurel, nous ne dépenserions pas beaucoup plus dans un domaine de la technologie — et je ne dis pas que ce soit un tort — tandis que nous ne dépensons pas assez dans le secteur de la technologie plus dure. Je suis d'accord pour dire que nous dépensons beaucoup plus dans un secteur de la technologie tandis que nous ne dépensons pas assez dans celui de la technologie plus dure.

Le raisonnement du sénateur Robertson était correct. Si l'industrie pharmaceutique canadienne dispose d'une capacité de R-D solide et novatrice, la technologie plus dure représente un maillon faible de notre économie.

La liste des technologies de pointe non disponibles au Canada et disponibles aux États-Unis que nous a fournie M. Zelder m'a intéressé. Les technologies en question ont pour la plupart trait à la recherche. L'angioplastie par sonde à ballonnet suivie d'une irradiation fait partie du domaine de la recherche. Ce n'est pas une technologie éprouvée. Je ne dis pas qu'on ne devrait pas y recourir ailleurs, mais, dans le domaine de l'évaluation des technologies, on procède par tâtonnements. C'est ainsi que tel ou tel instrument fait son entrée dans un pays. Le Canada n'agit pas ainsi. Nous sommes totalement dépendants. À cet égard, le Canada s'assimile vraiment au tiers monde, et c'est un problème auquel nous devrions nous attaquer. Les pays comme l'Allemagne, la France et la plupart des pays européens — vous le savez mieux que moi, Dr Radomsky — disposent de leur propre industrie de fabrication d'équipement. C'est ainsi qu'on introduit et obtient du nouveau matériel. C'est une capacité qui fait défaut au Canada.

Mon dernier commentaire a trait à l'évaluation des technologies. Au Canada, l'évaluation des technologies est très puissante par rapport aux États-Unis et à d'autres pays, où le secteur privé est actif, parce que nous avons ici affaire à un monopole de la santé. Il ne fait aucun doute que, par le passé, nous avons eu un préjugé défavorable à la technologie — je veux dire envers la technologie plutôt que les soins centrés sur la personne. Je me souviens de ce qu'on a écrit au Québec au sujet des IRM lorsque les appareils ont fait leur apparition. On a dit qu'ils étaient coûteux, qu'ils étaient sans valeur et que la province ne devrait en compter qu'un seul.

Je suis certain que les responsables de la politique de la santé du pays ont un préjugé défavorable envers la technologie.

**Le Dr Radomsky:** Dans un premier temps, vous nous avez demandé où était passée la somme de 1 milliard de dollars? Nous sommes ici pour y répondre. Apparemment, quelques-unes des provinces n'ont pas demandé la part de la somme qui leur

be given out after April 1st. Several provinces did not apply for their share, possibly because it required matching grants.

Second, there was no apparent accountability within the provinces as to exactly where that money was spent. We are not sure how much of it filtered down to high-tech equipment.

With respect to the total deficit, we indicated that to bring us up to a reasonable level of high-tech we needed \$1 billion of new equipment across the country. That does not bring us up to American levels. That is roughly on par with other countries with similar economic status.

Third, this does not address the old car with the wheels falling off. We still have the old equipment which must be brought up to date because eight years ago there was a total halt in funding. That is approximately another \$1 billion worth.

The Ontario Association of Radiologists put together a beautiful paper indicating exactly how much of each type of equipment they needed.

Another question you asked concerned private clinics. I specifically used the terms "community-based health care facility" or "independent health care facility" to differentiate from what in the press has become known as the private for-profit medicine that is totally outside of the plan. I was not discussing that segment. I am discussing those clinics generally operated by physicians working in the system that are funded on a fee-for-service basis from the system and that provide a quick, efficient service to the patient. That segment is in deep trouble because our dollar is down, we are taxed on money that we cannot recover, and we are forced to depreciate that equipment too slowly.

Another question you asked was with respect to technology assessment. I think I alluded to that a while ago. Technology assessment seems, from the point of view of the grassroots provider of medical care, to go in circles within academia and government, but it does not really filter down to the grassroots user. We desperately need to work with these people to develop clinical practice guidelines that will allow us to use our equipment far more efficiently and effectively. We cannot do that in isolation. We need to cooperate with everyone. It is multidisciplinary.

Have I covered all your questions?

**Senator Morin:** You certainly did.

**Dr. Sanders:** I wish to comment on the fundamental difference between the decision-making process and diffusion process for drugs compared to technologies. The publicly-funded drugs must

revenir. Je crois savoir que le premier segment ne comprenait que 500 millions de dollars. La tranche suivante de 500 millions de dollars sera versée après le 1<sup>er</sup> avril. Quelques-unes des provinces n'ont pas revendiqué leur part, peut-être parce qu'elles devaient avancer des fonds de contrepartie.

Deuxièmement, les provinces n'avaient pas d'obligations apparentes de rendre compte de l'utilisation des fonds. Nous ne savons pas combien d'argent a effectivement été affecté à l'achat d'équipement de pointe.

En ce qui concerne le déficit total, nous avons indiqué que nous avions besoin au pays de nouveaux équipements d'une valeur de 1 milliard de dollars pour ramener le pays à un niveau raisonnable de haute technologie. Les investissements ne nous ont pas permis de nous élever au niveau des Américains. Nous nous comparons en gros à d'autres pays qui ont un statut économique similaire au nôtre.

Troisièmement, cet investissement ne règle pas le problème de la vieille voiture dont les roues ne tiennent plus en place. Nous avons toujours en main du vieux matériel qui doit être remis à niveau parce que, il y a huit ans, on a carrément interrompu le financement. Il faudra pour ce faire une somme additionnelle d'environ 1 milliard de dollars.

L'Ontario Association of Radiologists a produit un excellent document indiquant avec précision le nombre d'appareils de tous les types dont elle a besoin.

Vous avez également soulevé une question concernant les cliniques privées. C'est à dessein que j'ai utilisé des expressions comme «établissement de santé communautaire» ou «établissement de santé indépendant», afin de les distinguer de ce qu'on connaît aujourd'hui sous le nom de médecine privée à but lucratif, qui ne fait absolument pas partie du régime. Je ne parlais pas de ce segment. Je ne faisais qu'évoquer les cliniques généralement exploitées par des médecins participant au régime qui sont rémunérés à l'acte par le régime et assurent aux patients un service rapide et efficient. Ce segment est en grande difficulté parce que les investissements sont à la baisse, qu'on nous impose des taxes que nous ne pouvons récupérer et qu'on nous force à amortir le matériel trop lentement.

Vous avez soulevé une autre question concernant l'évaluation des technologies. Je crois y avoir fait référence un peu plus tôt. Du point de vue des personnes qui fournissent des soins médicaux à la base, l'évaluation des technologies semble tourner en rond dans les universités et au gouvernement, sans que l'utilisateur à la base reçoive quelque information que ce soit. Il est urgent que nous collaborions avec ces personnes à l'élaboration de lignes directrices cliniques pratiques qui nous permettront d'utiliser l'équipement dont nous disposons de façon beaucoup plus efficiente et efficace. Nous ne pouvons agir isolément. Nous devons coopérer entre nous. Il s'agit d'une question de multidisciplinarité.

Ai-je répondu à toutes vos questions?

**Le sénateur Morin:** Oui, absolument.

**La Dre Sanders:** J'aimerais faire un commentaire sur la différence essentielle entre le processus décisionnel et le processus de diffusion des médicaments par rapport aux technologies. Les



be listed on the provincial formularies. That is the only way that the public pays for drugs. However, on the technology side, on the equipment and devices side, decision-making and purchasing is a far more diffuse process. Those decisions are made at all levels of the health care system and are far more difficult to influence in terms of health technology assessment or any other guidelines that someone might wish to implement.

Getting back to the point regarding the coordination or interface between health technology assessment and going beyond government, we are embarking on an outreach campaign, but it is limited by funding. We have our first three sessions set up in the Atlantic provinces for the spring.

It is difficult to reach a lot of people because you are asking them to take time out of busy schedules. You get into this issue again of taking physicians away from being able to provide service. We do not only want to tell them what we do; we want them to tell us how to do it. That interaction needs to be developed. We will try to develop that further, but we will need help to try to encourage those out there making those distributor decisions to engage with us. It is a tough one.

**Mr. Zelder:** You asked why patients are going to the U.S. when they have fewer radiation machines per capita. Part of it is qualitative. All kinds of different machines are included in this definition. I would imagine the U.S. machines are of higher quality and use newer, more advanced technology.

Part of the problem is also personnel shortages such as lack of radiotherapists to do the procedures. The point is that the U.S., with fewer machines, is still able to treat not only all of their own citizens but also Canadian citizens. It points at systemic failures here in using resources efficiently.

**Senator Fairbairn:** One thing that you have added to an extremely discouraging list that we are developing in this committee is on the side of human resources. We have heard about the shortage of nurses and physicians. Yesterday, it was the pharmaceutical industry. Today all of you, and certainly Dr. Radomsky, have focused on the area of radiologists.

What is the problem? Over the years we have prided ourselves on our educational institutions in the area of medicine. Is this primarily because of money that you can get in greater chunks in the United States? Is it a question of the technology? Do the difficulties in Canada prompt young people who are studying to want to go elsewhere, where the technology is better? What is it in your area of the health system that is drawing people away from this country? In your last human resources point you talk about

médicaments remboursés par les régimes publics doivent figurer dans les formulaires provinciaux. Ce n'est qu'à cette condition que le régime public rembourse les médicaments. Du point de vue de la technologie, ou de l'équipement ou des instruments, le processus décisionnel et les mécanismes d'achat sont beaucoup plus diffus. Les décisions sont prises à tous les niveaux du système de soins de santé et sont beaucoup plus difficiles à influencer du point de vue de l'évaluation des technologies de la santé ou d'autres lignes directrices qu'on souhaiterait mettre en place.

Pour en revenir à la question de la coordination ou de l'interface entre l'évaluation des technologies de la santé et la nécessité d'aller au-delà du gouvernement, nous entreprenons une campagne d'approche, mais nous sommes limités par le financement. Nos trois premières séances se tiendront au printemps dans les provinces de l'Atlantique.

Il est difficile de rejoindre les gens parce qu'on leur demande d'empiéter sur un emploi du temps déjà chargé. On soulève une fois de plus la question du temps que nous prenons aux médecins qu'ils ne peuvent mettre à profit pour assurer des services. Nous ne voulons pas simplement les informer de ce que nous faisons; nous voulons qu'ils nous disent comment faire. On doit créer cette interaction. Nous tenterons de la renforcer, mais nous aurons besoin d'aide pour encourager les responsables des décisions relatives à la distribution à travailler avec nous. Ce n'est pas une mince tâche.

**M. Zelder:** Vous avez demandé pourquoi les patients vont se faire traiter aux États-Unis alors que nous possédons un plus grand nombre d'appareils de radiothérapie par habitant. Il s'agit en partie d'une question qualitative. La définition recoupe toutes sortes d'appareils différents. J'imagine que les appareils que possèdent les États-Unis sont de plus grande qualité et font appel à une technologie plus nouvelle et plus perfectionnée.

Le problème s'explique aussi en partie par les pénuries de personnel, notamment les radiothérapeutes qui administrent les traitements. Même s'ils possèdent moins de machines, les États-Unis sont malgré tout en mesure de soigner tous leurs citoyens et aussi ceux du Canada. On doit donc en conclure que l'utilisation efficiente des ressources accuse ici des défaillances systémiques.

**Le sénateur Fairbairn:** Vous avez ajouté un autre élément extrêmement décourageant à la liste que le comité s'affaire à dresser, et c'est celui qui a trait aux ressources humaines. On nous a parlé de la pénurie d'infirmières et de médecins. Hier, c'était au tour de l'industrie pharmaceutique. Aujourd'hui, vous avez tous — en particulier le Dr Radomsky — mis l'accent sur le secteur des radiologistes.

Quel est le problème? Au fil des ans, nous avons tiré une grande fierté de nos établissements d'enseignement dans le domaine de la médecine. Le problème s'explique-t-il principalement par les sommes plus importantes dont on dispose aux États-Unis? S'agit-il d'une simple question de technologie? Les problèmes qu'éprouve le Canada incite-t-il les jeunes étudiants à aller ailleurs, où la technologie est de meilleure qualité? Quels sont les facteurs qui, dans votre discipline, incitent



creating a retention and repatriation program for Canadian radiologists. My question there is: What do we have to offer?

**Dr. Radomsky:** Thank you for asking those questions. Approximately 25 per cent of our graduates each year go to the United States for further training and/or to stay permanently. A proportion come back.

We were in a relative steady state up until the time the ministers of health across Canada put their heads together and decided the way to cut medicare expense was to cut the numbers of providers. Medical school enrolments were cut 10 per cent across the board. In Canada, it is now harder to get into medical school. There is approximately one position for every 20,000 Canadians, whereas in the rest of the developed world, in Britain, for example, it is about one in 12,000 to 14,000. A similar situation prevails in Australia. In the United States, it is one in about 9,000.

**Senator Fairbairn:** That is shocking.

**Dr. Radomsky:** First, we are denying some of our best and brightest children the opportunity to be educated in medicine in Canada.

We cut the positions back and now we are down, from approximately 100 graduates a year, to 70 graduates per year. This cannot be reversed for several years simply because it takes so long to produce them.

**Senator Fairbairn:** Yes; 10 years.

**Dr. Radomsky:** To compound that problem, Canada is becoming relatively non-competitive on a global scale. We have a 63- or 64-cent a dollar and a tax system that penalizes, relative to the United States, the higher income earners. It is very seductive for Canadians to go to the United States and stay there. That is a major problem. That is not my problem to address. My problem is to deal with my patients right now within the confines of the Canada Health Act, which is what I must live within. This is an issue that is more of a societal issue that we must address on a larger scale. How will we retain people when it is more lucrative — not just economically but academically but, in many other ways — and more seductive to live in a different economy?

**The Chairman:** In late April or the first week of May we will be studying the human resource question across the field.

**Senator Cook:** Senator Morin touched upon my concern, and that is the \$1 billion funding that the government has offered to the provinces for capital equipment. It has been my experience in the health care field, as a board member in my own Province of Newfoundland, that capital funding was not the priority, other needs were greater. That is my thinking about why that money has

les gens à quitter le pays? Dans le dernier point que vous avez soulevé au sujet des ressources humaines, vous avez fait allusion à la création d'un programme de rétention et de rapatriement des radiologistes canadiens. Ma question est la suivante: qu'avons-nous à offrir?

**Le Dr Radomsky:** Merci de poser ces questions. Chaque année, environ 25 p. 100 de nos diplômés se rendent aux États-Unis pour parfaire leur formation ou pour y demeurer. Un pourcentage d'entre eux reviennent.

La situation était relativement stable jusqu'à ce que les ministères de la Santé du Canada se concertent et décident que la meilleure façon de réduire les dépenses du régime d'assurance-maladie consistait à réduire le nombre de fournisseurs de soins. On a procédé à une réduction tous azimuts du nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine de 10 p. 100. Au Canada, il est aujourd'hui plus difficile d'être admis dans une école de médecine. Il y a une place pour chaque tranche de 20 000 Canadiens, tandis que, dans le reste du monde industrialisé, en Grande-Bretagne, par exemple, la proportion est de 1 pour de 12 000 à 14 000 personnes. En Australie, la situation est analogue. Aux États-Unis, la proportion est de une place pour environ 9 000 personnes.

**Le sénateur Fairbairn:** C'est une situation choquante.

**Le Dr Radomsky:** Premièrement, nous interdisons à certains de nos enfants les plus doués et les plus brillants la possibilité de faire des études de médecine au Canada.

Nous réduisons le nombre de places disponibles, et nous sommes passés d'environ 100 diplômés par année à 70 diplômés par année. On ne pourra renverser la tendance avant quelques années en raison du temps qu'il faut pour former les étudiants.

**Le sénateur Fairbairn:** Oui, on parle de dix ans.

**Le Dr Radomsky:** Pour aggraver le problème, le Canada est en voie de devenir relativement non concurrentiel à l'échelle mondiale. Nous avons 1 dollar à 63 ou 64 cents et un régime fiscal qui, par rapport aux États-Unis, pénalise les plus hauts salariés. La possibilité d'aller vivre aux États-Unis et d'y demeurer est très séduisante pour les Canadiens. C'est un grave problème. Ce n'est pas à moi de le régler. Le problème auquel je suis confronté, ce sont les patients que je dois traiter selon les paramètres définis par la Loi canadienne sur la santé, avec lesquels je dois composer. Il s'agit d'un enjeu social que nous devons aborder à une plus grande échelle. Comment s'y prend-on pour retenir les gens lorsqu'il est plus lucratif — non seulement sur le plan économique, mais aussi sur le plan de la recherche et de bien d'autres points de vue — et plus attrayant d'aller vivre dans une économie différente?

**Le président:** À la fin avril ou dans la première semaine de mai, nous allons étudier la question des ressources humaines dans l'ensemble des secteurs.

**Le sénateur Cook:** Le sénateur Morin a abordé une de mes préoccupations, et c'est la somme de 1 milliard de dollars que le gouvernement a offerte aux provinces aux fins des biens d'immobilisations. Selon l'expérience que j'ai acquise dans le domaine des soins de santé, à titre de membre de conseils d'administration à Terre-Neuve, où j'habite, le financement des

not been accessed. The money that is being accessed — at least in my province — is to take care of existing equipment. I hear you saying that there is a need for the recruitment of more personnel to get to the point of using advanced technical equipment.

Having said that, how will we keep pace, as a nation, with the emerging new technology and what Dr. Jill Sanders is saying here regarding the policies, the research that you are putting in place, what you can offer? How do you see us keeping pace?

**Dr. Radomsky:** That is probably the most difficult question that I have faced today. It is at the crux of what we are dealing with.

We are at the point where we cannot provide the service to everyone at all times in all circumstances. Even if you gave us the equipment today, we would have to turn it down because, unless we have the people, we cannot operate that equipment. We can play with efficiencies within the system, but we are so far behind at this point that we must do something significant to increase the numbers, retain those that we have, and bring back some of the people who went to the United States and other countries to Canada.

I am an expatriate. I spent a good part of my early years in the United States. I came back. I personally think that this is the most ideal country in which to live. Half of my family, however, are practising medicine in the United States. We need to bring our people back and we must have a competitive environment to do that. A competitive environment is not simply financial, it includes all the other things that give us the satisfaction of doing our work with our patients. I do not know that I can answer that question any more honestly.

**Senator Robertson:** Hospital boards and administrators look at hard technology in a different light from others because it comes from offshore. With the value of our dollar today, money does not go as far when you have to import equipment.

**The Chairman:** With the lower dollar?

**Senator Robertson:** Yes. The budget is hurt terribly.

**Mr. Feeny:** I have a brief comment on the health professional manpower issue. As I recall, the recommendation when medical school enrolments were reduced was that there be an increase in allied health professional enrolment and graduation to change the mix of providers. Of course, we got half the solution. We cut the medical school but we did not increase the other number.

immobilisations n'était pas la priorité. Il y avait d'autres besoins plus criants. À mes yeux, c'est ce qui explique que certaines provinces n'aient pas demandé leur part de l'argent. L'argent qu'on touche — au moins dans ma province — est utilisé aux fins de l'entretien du matériel existant. Vous nous dites qu'on doit recruter un plus grand nombre d'employés pour pouvoir faire fonctionner le matériel technique perfectionné.

Cela dit, comment, à titre de nation, allons-nous nous y prendre pour suivre l'évolution de la nouvelle technologie — et ce que nous dit la Dre Jill Sanders concernant les politiques, les recherches que vous préparez — qu'avez-vous à offrir? À votre avis, comment devrions-nous nous y prendre pour garder le rythme?

**Le Dr Radomsky:** Il s'agit probablement de la question la plus difficile à laquelle j'ai eu à répondre aujourd'hui. C'est le noeud du problème auquel nous sommes confrontés.

Au point où nous en sommes, nous ne sommes plus en mesure d'assurer des services à tout le monde, en tout temps et dans toutes les circonstances. Même si vous nous fournissiez tout l'équipement voulu aujourd'hui, nous devrions le refuser. Faute des ressources humaines nécessaires, nous ne pourrions l'utiliser. Nous aurons beau tenter de réaliser des gains d'efficacité au sein du système, nous accusons actuellement un tel retard que nous devons prendre des mesures radicales pour gonfler l'effectif, retenir les ressources que nous avons et rapatrier au Canada certaines personnes qui sont parties aux États-Unis et dans d'autres pays.

Je suis moi-même un expatrié. J'ai passé une bonne partie de ma vie de jeune médecin aux États-Unis. Je suis revenu. Personnellement, je crois que le Canada est le pays idéal où vivre. Cependant, la moitié des membres de ma famille pratiquent la médecine aux États-Unis. Nous devons rapatrier nos citoyens. Pour ce faire, nous devons miser sur un environnement concurrentiel. Un environnement concurrentiel ne se résume pas qu'à des facteurs financiers. On doit également réunir toutes les autres conditions qui font que les médecins tirent satisfaction du travail qu'ils effectuent auprès de leurs patients. Je ne crois pas pouvoir répondre à la question de façon plus honnête.

**Le sénateur Robertson:** Les conseils d'administration et les administrateurs d'hôpitaux voient la technologie dure sous un angle différent parce qu'elle provient de l'étranger. Étant donné la valeur actuelle du dollar, les investissements ne vont pas bien loin lorsqu'on doit se procurer de l'équipement importé.

**Le président:** Vous faites allusion à la faiblesse du dollar?

**Le sénateur Robertson:** Oui. Le budget est très durement touché.

**M. Feeny:** J'aimerais faire un bref commentaire au sujet de la question de la main-d'œuvre constituée de professionnels de la santé. À l'époque où on a réduit le nombre d'admissions dans les écoles de médecine, on avait recommandé, si je me souviens bien, une augmentation des taux d'inscription et de diplomation dans les professions paramédicales afin de modifier la répartition des fournisseurs de services. Bien entendu, nous n'avons retenu que la moitié de la solution. Nous avons réduit le nombre d'admissions

Now, some of Dr. Radomsky's solutions are also thwarted. One of the things he could do to increase his efficiency is to have the technologists do more. But you cannot find them either, can you?

To reduce the effect of the shortage of pharmacists, we could use more pharmacy technicians and robotics. Some of the robotics might work, but pharmacy technicians are also in short supply. Medical technologists are in short supply. We need more training, but we also need to change the ultimate mix of things, not just walk-step in the pattern that we used to have. Unfortunately, we have not trained the substitutes either. It is particularly grim because we do not have another safety valve.

**Dr. Radomsky:** There is a limited place for alternate providers in our extremely high-tech environment. We must make that judgment. We have to make the diagnosis. The diagnosis includes a tremendous amount of medical background. It is not simply looking at the picture. A host of other things must be taken into account, and that requires professional expertise.

**The Chairman:** On behalf of all of us, thank you for taking the time to come here this morning. I hope you found it as interesting as we did. It was a fascinating session.

Senators, we will now continue *in camera* for a few moments.

The committee continued *in camera*.

dans les écoles de médecine, mais sans augmenter le nombre d'inscriptions dans les autres disciplines.

Certaines des solutions avancées par le Dr Radomsky sont aujourd'hui contrecarrées. Pour accroître son efficacité, il pourrait confier plus de tâches aux technologues. Cependant, vous n'arrivez pas à en trouver non plus, n'est-ce pas?

Pour réduire l'effet de la pénurie de pharmaciens, nous pourrions faire appel à plus de techniciens en pharmacie et à la robotique. Certaines solutions robotiques pourront permettre la réalisation de certains projets, mais l'offre de techniciens en pharmacie est également limitée. Il en va de même pour les technologues médicaux. Nous avons besoin de plus de formation, mais nous devons également modifier la répartition ultime des choses, sans rester cantonnés dans nos anciens schémas. Malheureusement, nous n'avons pas formé de substituts. L'avenir paraît particulièrement sombre parce que nous n'avons pas d'autres soupapes de sécurité.

**Le Dr Radomsky:** Dans notre environnement extrêmement technologique, il y a peu de place pour les fournisseurs autres. Nous devons porter des jugements. Nous devons établir des diagnostics. Pour établir des diagnostics, on doit posséder un solide bagage médical. Il ne s'agit pas que d'examiner une image. On doit tenir compte d'une multitude d'autres facteurs, ce qui exige une expertise professionnelle.

**Le président:** En notre nom à tous, je vous remercie d'avoir pris le temps de venir discuter avec nous ce matin. J'espère que l'expérience aura été aussi intéressante pour vous qu'elle l'a été pour nous. Nous avons eu une séance fascinante.

Sénateurs, nous allons maintenant poursuivre à huis clos pendant quelques instants.

Le comité poursuit ses travaux à huis clos.













*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

---

#### WITNESSES—TÉMOINS

*From the Canadian Association of Radiologists:*

Dr. John Radomsky, President.

*From the Canadian Coordinating Office for Health Technology  
Assessment (CCHOTA):*

Dr. Jill Sanders, President and CEO.

*From the Fraser Institute:*

Martin Zelder, Director of Health Policy Research.

*As an individual:*

Professor David Feeny.

*De l'Association canadienne des radiologistes:*

Le Dr John Radomsky, président.

*De l'Office canadien de coordination de l'évaluation des  
technologie de la santé:*

La Dre Jill Sanders, présidente-directrice générale.

*De l'institut Fraser:*

Martin Zelder, directeur de la recherche sur les politiques de  
santé.

*À titre individuel:*

David Feeny, professeur.



*First*  
~~Second~~ Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

SENATE OF CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

## Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

---

Wednesday, April 4, 2001

---

Issue No. 6

**Sixth meeting on:**  
The state of the health care system in Canada

---

WITNESSES:  
(See back cover)

Deuxième session de la  
trente-septième législature, 2001

SÉNAT DU CANADA

---

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Le mercredi 4 avril 2001

---

Fascicule n° 6

**Sixième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

---

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Graham, P.C.,
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, P.C.	

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Changes in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Pépin was substituted for that of the Honourable Senator Morin (*March 29, 2001*).

The name of the Honourable Senator Graham, P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Ferretti Barth (*March 29, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Graham, c.p.,
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, c.p.	

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 29 mars 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Graham c.p. est substitué à celui de l'honorable sénateur Ferretti Barth (*le 29 mars 2001*).



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, April 4, 2001

(7)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 3:47 p.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Graham, P.C., Kirby, LeBreton, Robertson and Roche (9).

*Other senators present:* The Honourable Senators Keon and Morin (2).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

**WITNESSES:**

*From Health Canada:*

Dr. Christina Mills, Director General, Centre for Chronic Disease Prevention and Control — Population and Public Health Branch;

Dr. Paul Gully, Acting Director General, Centre for Infectious Disease Prevention and Control;

Dr. Clarence Clotey, Acting Director, Diabetes Division, Bureau of Cardio-Respiratory Diseases and Diabetes, Centre for Chronic Disease Prevention and Control;

Nancy Garrard, Director, Division of Aging and Seniors.

*From Dalhousie University:*

Dr. David MacLean, Departmental Head, Community Health and Epidemiology.

The Deputy Chair made a statement.

Dr. Mills made a statement. Dr. Gully made a statement. Dr. MacLean made a statement.

The witnesses, together with Ms Garrard and Dr. Clotey, answered questions.

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le mercredi 4 avril 2001

(7)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 47, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Graham, c.p., Kirby, LeBreton, Robertson et Roche (9).

*Autres sénateurs présents:* Les honorables sénateurs Keon et Morin (2).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, greffière législative.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité poursuit son examen de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n<sup>o</sup> 2 du comité.*)

**TÉMOINS:**

*De Santé Canada:*

Dre Christina Mills, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques — Direction de la santé de la population et de la santé publique;

Dr Paul Gully, directeur général par intérim, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses;

Dr Clarence Clotey, directeur général par intérim, Division du diabète, Bureau des maladies cardio-respiratoires et du diabète, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques;

Nancy Garrard, directrice, Division du vieillissement et des aînés.

*De l'Université Dalhousie:*

Dr David MacLean, chef de département, Santé communautaire et épidémiologie.

La vice-présidente fait une déclaration.

Mme Mills, M. Gully et M. MacLean font une déclaration.

Les témoins, de concert avec Mme Garrard et Mme Clotey, répondent aux questions.

At 5:34 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

À 17 h 34, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ:

*La greffière du comité,*

Catherine Piccinin

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 4, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:47 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Marjory LeBreton** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

**The Deputy Chairman:** Honourable senators, our session today is the continuation of phase two of our hearings on our health care study which is intended to identify current and future challenges for the health care system. Today we will be examining disease trends.

There are concerns that new diseases and increasingly prevalent illnesses may significantly impact on the current and future costs of health care. However, many of the causes of disease, disabilities and early death are preventable. It has been suggested that increasing efforts in the area of health promotion and disease prevention, with particular focus on Canadians with low incomes and low levels of education, must remain key areas in public policy if we are to improve overall health status and contain health care costs. Our witnesses today are here to help us better understand the issue of disease trends and its potential impact on the publicly funded health care system.

Today, honourable senators, we have Dr. Christina Mills with the Centre for Chronic Disease Prevention and Control at Health Canada. The Centre for Chronic Disease Prevention and Control works to assess and detect chronic disease threats, provides strategic information on risk assessment, and collaborates with others to develop programs which unite the practices of population health, public health, and preventative health care in order to reduce the burden of current and emerging chronic diseases.

Dr. Paul Gully is the Acting Director General at the Centre for Infectious Disease Prevention and Control at Health Canada. This centre provides research on infectious diseases directed at the identification and quantification of risks, and assesses proposed prevention and control strategy.

Dr. David MacLean is the department head at Community Health and Epidemiology, Clinical Research Centre, Faculty of Medicine at Dalhousie University.

I will ask our witnesses to make their presentations, after which we will turn the floor over to senators for questioning. Senators, Dr. Mills must leave a little earlier than the other witnesses, so when you are thinking of your questions, please consider the ones you may want to address to her first. I turn the floor over to our witnesses.

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 4 avril 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 47 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada

**Le sénateur Marjory LeBreton** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

**La vice-présidente:** Honorables sénateurs, nous poursuivons la deuxième phase de nos audiences sur les soins de santé, qui visent à cerner les problèmes actuels et futurs du système de soins de santé. Nous allons nous pencher aujourd'hui sur les tendances en matière de maladies.

Certaines personnes craignent que l'apparition de nouvelles maladies et la prévalence croissante de certaines autres n'aient des répercussions importantes sur les coûts actuels et futurs des soins de santé. Pourtant, bien des causes de maladies, d'invalidité et de décès prématurés pourraient être supprimées. Les efforts croissants dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, surtout auprès des Canadiens peu scolarisés et à faible revenu, doivent demeurer un élément clé de notre politique gouvernementale si nous voulons améliorer l'état de santé de la population en général et contenir les coûts des soins de santé. Les témoins que nous entendrons aujourd'hui sont ici pour nous aider à mieux comprendre les tendances en matière de maladies et leurs conséquences possibles sur le système public de soins de santé.

Nous recevons donc la Dre Christina Mills, du Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques à Santé Canada. Ce centre a pour mission d'évaluer et de déceler les menaces de maladies chroniques, de fournir de l'information stratégique sur l'évaluation des risques et de coopérer avec d'autres instances pour élaborer des programmes faisant converger les pratiques relatives à la santé de la population, à l'hygiène publique et à la prévention afin d'alléger le fardeau que représentent les maladies chroniques actuelles et nouvelles.

Le Dr Paul Gully est directeur général par intérim du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, aussi à Santé Canada. Ce centre effectue de la recherche sur les maladies infectieuses, dans le but de répertorier et de quantifier les risques, et évalue les stratégies de prévention et de contrôle proposées.

Le Dr David MacLean est chef du département de santé communautaire et d'épidémiologie au centre de recherche clinique de la faculté de médecine, à l'Université Dalhousie.

J'invite les témoins à nous présenter leurs exposés, après quoi nous passerons aux questions des sénateurs. Chers collègues, je vous signale que la Dre Mills doit partir un peu plus tôt que les autres témoins. Je vous prierais donc de poser en premier les questions qui s'adressent à elles. Je laisse maintenant la parole à nos témoins.



[Translation]

**Dr. Christina Mills, Director General, Centre for Chronic Disease Prevention and Control — Population and Public Health Branch:** I wish to thank you for inviting me to share with you some data on the burden of chronic diseases and injuries in Canada, and a prospect of the possibility of avoiding a portion of the future estimated burden.

[English]

I shall briefly describe the burden of chronic diseases and injuries today, the estimated future burden, and then allude to prospects for substantially altering that future burden to prevention and health promotion efforts.

Chronic diseases and injuries are very complex issues. They affect all Canadians, but the burden is unevenly distributed regionally, ethnically, socio-economically, by age, sex and many other dimensions. For example, diabetes is increasing overall in Canada but dramatically higher and more rapidly in Aboriginal populations.

Many major conditions share common risk factors, and many risk factors influence multiple disease and injury outcomes. Conditions will rank differently depending on the indicator that we choose to monitor. In general, we lack good data for indicators reflecting personal suffering, quality of life, disability and productivity costs. These indicators exist — quality-adjusted life years, and so forth — but we do not routinely collect the data to be able to calculate them. They require special studies. The strategies to address these issues need to be equally complex to reflect the complexities of multiple causes, settings and populations.

More than half of Canadians report having some chronic condition, according to the 1998-99 National Population Health Survey. That is more than 16 million Canadians. The most prevalent ones — allergies, arthritis, back problems, high blood pressure, asthma — are not typically those associated with the highest mortality or premature mortality, but nevertheless they pose a significant burden in suffering, disability, and cost to the health system.

The graphic illustrates some of the complexity of these issues. Potential years of life lost — or PYLL — indicates relative prematurity of death from different causes. Conditions that kill younger people primarily will rank higher when we are looking at PYLL because they cancel out more years of potential life. This slide shows how the ranking will differ by sex and age group for the top three causes overall. You can see that, in youth, injuries are by far the highest cause. In older years, cancer and heart disease overtake injuries in rank.

[Français]

**Dre Christina Mills, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques — Direction de la santé de la population et de la santé publique:** Je vous remercie de m'avoir invitée à partager avec vous quelques données sur le fardeau des maladies chroniques et des blessures au Canada, et une perspective que la possibilité d'éviter une proportion du fardeau futur estimé.

[Traduction]

Je vais vous décrire brièvement le fardeau que représentent aujourd'hui les maladies chroniques et les blessures, le fardeau qu'elles risquent de représenter à l'avenir et, pour finir, la possibilité de réduire substantiellement ce fardeau futur grâce aux efforts de prévention et de promotion de la santé.

La question des maladies chroniques et des blessures est très complexe. Ce sont des problèmes qui touchent tous les Canadiens, mais dont le fardeau est réparti inégalement selon la région, l'origine ethnique, la situation socio-économique, l'âge, le sexe et beaucoup d'autres aspects. Par exemple, le diabète est de plus en plus fréquent partout au Canada, mais l'augmentation enregistrée est particulièrement marquée et particulièrement rapide dans les populations autochtones.

Beaucoup d'affections majeures ont divers facteurs de risque en commun, et beaucoup de facteurs de risque ont une influence sur de nombreuses maladies et blessures. Le classement de ces affections diffère selon l'indicateur choisi. De façon générale, nous manquons de données fiables relativement aux indicateurs reflétant la souffrance personnelle, la qualité de vie, l'invalidité et la baisse de productivité. Ces indicateurs existent — les années-personnes sans invalidité, par exemple —, mais nous ne recueillons pas systématiquement des données suffisantes pour être en mesure de les calculer. Il faudrait des études spéciales. Et les stratégies nécessaires pour résoudre ces problèmes doivent être tout aussi complexes afin de refléter la complexité et la multiplicité des causes, des contextes et des populations.

D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée en 1998-1999, plus de la moitié des Canadiens — c'est-à-dire plus de 16 millions d'entre eux — disent souffrir d'une affection chronique. Les plus courantes — allergies, arthrite, problème de dos, hypertension artérielle, asthme — ne sont généralement pas associées aux plus hauts taux de mortalité ou de mortalité prématurée, mais elles n'en représentent pas moins un lourd fardeau en termes de souffrance, d'invalidité et de coûts pour le système de santé.

Voici un graphique qui illustre assez bien la complexité de ces problèmes. Les années potentielles de vie perdue — ou APVP — reflètent la relative prématurité des décès reliés à différentes causes. Les affections qui tuent surtout des gens assez jeunes se classent plus haut quand on regarde les APVP parce qu'elles suppriment plus d'années de vie potentielle. Cette diapositive montre comment ce classement diffère selon le sexe et le groupe d'âge pour les trois principales causes de décès. Vous pouvez voir que, chez les jeunes, les blessures sont de loin la cause la plus fréquente. Pour les groupes plus âgés, elles sont devancées par le cancer et les maladies cardiaques.

The next slide is from the economic burden of illness study which I believe you have had presented to you previously, and copies are available to you if you have not yet received them. Two-thirds of the economic burden of illness in Canada is explained by the top five causes: cardiovascular disease, musculo-skeletal disorders, cancer, injuries and respiratory diseases. If you add the next two causes, a full three-quarters of the burden is explained. Hospital costs are the largest contributor, at 52 per cent. If current trends continue, drugs, which are now in second place as a contributor to costs, will eventually overtake hospital costs.

The estimated future burden of disease has both avoidable and unavoidable components, and the slide labelled “lung cancer mortality counts” illustrates this. The bottom line reflects the evolving rate patterns. If we maintained our current age and sex structure and size of population, that line would show how the numbers of cases of lung cancer in women in Canada would increase to 2010. The top two lines that you see reflect the change in the population size and the age structure, the aging of the baby boom, and show how those numbers of cases will increase due to factors that the health care system cannot influence.

Our only chance to slow or reverse the rate of increase is to invest in effective upstream prevention. It is quite well recognized now that failure to prepare for an increased burden due to the aging population is a threat to the sustainability of our health care system, but it is not widely recognized that our failure to invest upstream is an equally great, and perhaps even greater, threat to sustainability. The last part of my remarks will deal with prospects for upstream interventions.

The next slide shows a theoretical reduction in coronary events that might be possible given various kinds of risk interventions we could undertake: influencing diet, smoking, exercise and body mass index. If we were to act now, by 2016 we would be able to see the pattern. Depending on the intervention and the effectiveness of the intervention, the net effect would be shown in this at the end of the slide in 2016. Unfortunately, most people living today have accumulated a lot of risk, and we will not see the full benefits of interventions to reduce those primary risk factors until much longer than that. There will be some early pay-off for things like injury prevention and for conditions like respiratory diseases and acute myocardial infarction which do respond faster to smoking cessation. However, even for those conditions where the pay-off is longer, cancer, for example, the pay-off for primary prevention will be significant.

La diapositive suivante est tirée de l'étude sur le fardeau économique de la maladie, dont vous avez déjà entendu parler, je pense; vous pouvez en prendre des exemplaires si vous n'en avez pas déjà reçu. Les deux tiers de ce fardeau économique sont imputables à cinq causes principales: maladies cardio-vasculaires, troubles musculo-squelettiques, cancer, blessures et maladies respiratoires. Quand on ajoute les deux causes suivantes, on explique les trois quarts de ce fardeau, dont les coûts d'hospitalisation représentent la plus grosse part, à 52 p. 100. Si les tendances actuelles se maintiennent, les médicaments — qui arrivent maintenant en deuxième place parmi les facteurs de coûts — pourraient finir par dépasser les coûts d'hospitalisation.

Le possible fardeau futur de la maladie comprend des composantes évitables et d'autres qui ne le sont pas, comme l'illustre la diapositive intitulée «Nombre total de décès liés au cancer du poumon». La ligne du bas reflète l'évolution des modèles de croissance. Elle montre comment le nombre de cancers du poumon chez les femmes canadiennes augmenterait jusqu'en 2010 s'il n'y avait aucun changement dans la taille de la population et dans sa répartition par âge et par sexe. Les deux autres lignes reflètent l'évolution des effectifs de la population et de sa répartition par âge, en raison du vieillissement des baby-boomers, et montrent que le nombre de cas va augmenter à cause de facteurs sur lesquels le système de soins de santé n'a aucune influence.

Notre seule chance de ralentir ou d'inverser cette augmentation est d'investir dans une prévention efficace en amont. Tout le monde reconnaît maintenant que la viabilité de notre système de soins de santé est menacée parce que nous ne nous sommes pas préparés à assumer le fardeau accru découlant du vieillissement de la population, mais bien peu de gens se rendent compte que le fait de ne pas investir en amont représente à cet égard une menace tout aussi sérieuse, et peut-être même plus grave. La dernière partie de ma déclaration va donc porter sur les possibilités d'interventions en amont.

La diapositive suivante montre la réduction théorique des accidents coronariens qui pourrait être possible grâce à diverses interventions visant les facteurs de risque: alimentation, tabagisme, exercice et indice de masse corporelle. Si nous agissions tout de suite, nous pourrions constater cette tendance dès 2016. Selon la nature et l'efficacité de nos interventions, nous pourrions constater en 2016 les effets nets représentés à la droite de ce graphique. Malheureusement, la plupart des gens qui vivent aujourd'hui ont accumulé beaucoup de risques, et il faudra attendre bien plus longtemps avant que nous ne tirions pleinement profit des interventions visant à réduire ces facteurs de risque primaires. Il y aura des retombées positives plus tôt pour les interventions visant par exemple la prévention des blessures et des affections comme les maladies respiratoires et les infarctus du myocarde aigus, dont les risques diminuent rapidement quand les gens cessent de fumer. Cependant, même dans le cas des affections pour lesquelles les effets se font sentir à plus long terme, comme le cancer, les retombées de la prévention primaire seront importants.



Eighty-five per cent of Canadians over 65 have at least one modifiable risk factor for cardiovascular disease, and almost two-thirds of Canadians overall have at least one factor for cardiovascular disease. Two-thirds of Canadian lead sedentary lifestyles, and over half are above a healthy weight. There is strong clustering of risk factors, especially in adolescents. Diet, physical activity, smoking and risky sexual behaviour tend to cluster together, so we need strategies that address a spectrum of risk factors, and that address those risk factors in the patterns in which they cluster.

There is considerable variation across Canada in how the various provinces are doing in control of these risk factors, and I think the lowest rates we observe provide an achievable benchmark for the rest of the provinces to aspire to. Examples of approaches that can produce multiple benefits include intensive family support for families at risk, and comprehensive school health and work-site health promotion.

I will say a bit more about injuries because it is an example of a condition that could get an early pay-off on investment in primary prevention and because it has a significant burden that is largely preventable. We have had quite a bit of progress to date in injury control, reflected in declining numbers of injuries, injury deaths and hospitalizations due to injury. Contributors to these include seat belt use, reduced speed limits, bicycle helmets, reduced rates of drinking and driving, and better design of consumer products. However, they are still the leading cause of death in children, and the largest contributors to potential years of life lost before age 65. Suicide and motor vehicle crashes continue to take the lives of our young men, especially among Aboriginal youth, and falls are an important cause of disability and premature death among adults over 65. These require multi-component interventions covering things like medication use, home assessment, strength and balance, and so forth. These variations in patterns of injury across the lifecycle demonstrate the need to develop age specific strategies that also address other dimensions such as settings — playground versus rural versus workplace settings.

There is a growing research base indicating that health promotion and disease prevention interventions can lead to improved health and quality of life, reduced medical care costs and enhanced workplace productivity. Preventing disease, injury and disability can extend life, reduce the need for health services and produce positive benefits and well-being, quality of life and self-efficacy. We can get significant benefits just from applying what we already know, but we need to invest now and we need to invest upstream to prevent the future burden. We need to look beyond the five year horizon and invest for long term benefits. The major constellation of risk factors overall are diet, physical

En outre, 85 p. 100 des Canadiens de plus de 65 ans présentent au moins un facteur de risque modifiable pouvant entraîner des troubles cardio-vasculaires, et près des deux tiers de tous les Canadiens en présentent au moins un. Les deux tiers mènent une vie sédentaire, et plus de la moitié dépassent leur poids santé. On constate par ailleurs une forte concentration des facteurs de risque, surtout chez les adolescents. Le régime alimentaire inadéquat, le manque d'activité physique, l'usage du tabac et les comportements sexuels à risque sont souvent réunis. Nous devons donc élaborer des stratégies visant toute une gamme de facteurs de risque, dans les combinaisons où ils se retrouvent le plus souvent.

On note des variations considérables entre les diverses régions du Canada au chapitre des moyens que prennent les provinces pour contrôler ces facteurs de risque. À mon avis, les chiffres les plus bas qui ont été enregistrés offrent un modèle réaliste auquel les autres provinces peuvent aspirer. Les approches susceptibles d'entraîner de nombreux bienfaits incluent par exemple le soutien intensif aux familles à risque et les efforts soutenus de promotion de la santé dans les écoles et en milieu de travail.

Je voudrais vous dire encore quelques mots au sujet des blessures parce que c'est un exemple d'affections pour lesquelles la prévention primaire pourrait porter fruit rapidement et qui imposent un fardeau important, mais le plus souvent évitable. Nous avons réalisé des progrès intéressants jusqu'ici dans ce domaine, comme en témoigne le nombre décroissant des blessures, ainsi que des décès et des hospitalisations qui en découlent. Divers facteurs ont contribué à ces progrès, notamment l'usage de la ceinture de sécurité, l'abaissement des limites de vitesse, le port du casque à bicyclette, la diminution des cas de conduite en état d'ébriété et la meilleure conception des produits de consommation. Les blessures demeurent toutefois la première cause de décès chez les enfants, et le principal facteur des années potentielles de vie perdue avant 65 ans. Le suicide et les accidents d'auto tuent encore nos jeunes hommes, surtout chez les Autochtones, et les chutes sont une importante cause d'invalidité et de décès prématuré chez les adultes de plus de 65 ans. Elles nécessitent des interventions à composantes multiples couvrant par exemple la consommation de médicaments, l'évaluation des résidences, la force et l'équilibre, et ainsi de suite. Ces variations dans les types de blessures les plus courantes selon l'étape du cycle de vie montrent bien la nécessité d'élaborer des stratégies propres à chaque groupe d'âge et tenant également compte des autres dimensions comme le milieu de vie — terrains de jeux, régions rurales, milieu de travail, et cetera.

De plus en plus d'études indiquent que les interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent améliorer la santé et la qualité de vie, réduire les dépenses en soins médicaux et augmenter la productivité au travail. La prévention des maladies, des blessures et de l'invalidité peut prolonger la vie, réduire le besoin en soins de santé et apporter des bienfaits aux points de vue du bien-être, de la qualité de vie et de l'auto-efficacité. Il nous suffirait pour ce faire d'utiliser nos connaissances actuelles, mais nous devons investir maintenant. Et nous devons investir en amont pour éviter de nous retrouver plus tard avec un lourd fardeau. Nous ne devons pas nous contenter



activity, obesity and smoking, which account for far more than half of the burden of preventable chronic diseases.

To get back to my original title, "What Are the Prospects?", some gaps exist in our evidence base, in our availability of data and surveillance on what works on some causative factors. We certainly do not have what could be called a preventative dose of prevention programming in Canada, and there is unfortunately a history of dealing with things on a one-off basis. Overall prospects are good, however. Canada is recognized internationally as a leader in conceptualizing health and health promotion and in developing innovative programs to address health promotion and disease prevention.

There is a strong and growing research base on the preventable causes of chronic diseases and injuries, and the expanded mandate of the Canadian Institutes for Health Research, compared to the old Medical Research Council, provides a large amount of opportunity to support additional research required to determine what is most effective to create lasting behaviour change.

We have a strong voluntary sector that is rising above its earlier turf wars and building a coalition to make common cause on primary prevention. The health accord, focusing on re-balancing the health system to ensure the sustainability of our health care system, provides a framework for cross-jurisdictional collaboration.

We need to build on these. We need to overcome our complacency, work collaboratively and systematically to plan and implement prevention strategies that make the most of our available resources and knowledge. I am confident that if we do that we can prevent a substantial proportion of the estimated future burden of disease and injury, promote the optimal health of Canadians and contribute to the sustainability of our health care system in the coming years over the long term.

I may not be able to stay with you right to the end of your deliberations today, but if I must leave for the airport, Dr. Clarence Clotey, who is Acting Director of the Diabetes Division, and Nancy Garrard, Director of the Division of Ageing and Seniors, will be able to answer some of your questions.

**Dr. Paul Gully, Acting Director General, Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Health Canada:** First, I would say that many of the points that Dr. Mills has made as regards upstream investment in the importance of prevention apply also to infectious diseases.

d'un horizon de cinq ans, mais viser plutôt des résultats à long terme. La principale combinaison de facteurs de risque réunit le régime alimentaire déficient, le manque d'activité physique, l'obésité et le tabagisme, qui comptent pour plus de la moitié du fardeau des maladies chroniques évitables.

Pour en revenir à mon titre original, «Quelles sont les perspectives?», je dirais qu'il existe des lacunes dans nos connaissances, dans les données dont nous disposons et dans la surveillance des moyens efficaces pour lutter contre certains facteurs. Nous n'avons certainement pas au Canada ce que j'appellerais une dose préventive de prévention, et nous avons malheureusement l'habitude de nous attaquer aux problèmes un par un. Mais les perspectives globales sont bonnes. Le Canada est reconnu dans le monde entier comme un chef de file dans la conceptualisation de la santé et de la promotion de la santé, et dans l'élaboration de programmes innovateurs de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Il se fait de plus en plus de recherche sur les causes évitables des maladies chroniques et des blessures, et le mandat élargi des Instituts de recherche en santé du Canada, par rapport à celui de l'ancien Conseil de recherches médicales, offre de nombreuses occasions de soutenir la recherche supplémentaire qui permettra de déterminer les moyens les plus efficaces pour susciter des changements durables des comportements.

Nous avons des organismes bénévoles forts qui commencent à s'élever au-dessus de leurs anciennes querelles de clochers et à bâtir une coalition pour faire front commun autour de la prévention primaire. Et l'accord sur la santé, qui met l'accent sur le rééquilibrage du système de santé afin d'assurer sa viabilité, fournit un cadre de collaboration entre les différents niveaux de gouvernement.

Nous devons profiter de ces atouts. Nous devons cesser de nous reposer sur nos lauriers, et travailler de manière coopérative et systématique à la planification et à la mise en oeuvre de stratégies de prévention qui nous permettront de tirer le meilleur parti possible de nos ressources et de nos connaissances. Je suis convaincue que nous pourrons ainsi éviter une proportion substantielle du possible fardeau futur des maladies et des blessures, promouvoir la meilleure santé possible pour les Canadiens et contribuer à la viabilité de notre système de soins de santé, dans les années à venir et à plus long terme.

Je ne pourrai peut-être pas rester avec vous jusqu'à la fin de vos délibérations, mais si je dois partir pour l'aéroport, la Dr Clarence Clotey, qui est directeur intérimaire de la Division du diabète, et Nancy Garrard, directrice de la Division du vieillissement et des aînés, pourront répondre à certaines de vos questions.

**Dr Paul Gully, directeur général par intérim, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada:** Je voudrais vous dire, premièrement, que bon nombre des observations de la Dre Mills au sujet des investissements à faire en amont et de l'importance de la prévention s'appliquent aussi aux maladies infectieuses.

*[Translation]*

I should like to present to you four points regarding infectious diseases. First, the threat of infectious diseases is persisting and increasing. Second, infectious diseases are costly for the health care system and the Canadian economy. Third, prevention and control strategies represent a good investment and, finally, efficient monitoring systems are essential.

*[English]*

The threat of infectious disease certainly continues. The original optimism as regards the fight against infectious diseases has decreased. We now have new and emerging threats. For example, we have had AIDS since the 1980s, the hantavirus pulmonary syndrome, new emerging threats such as West Nile virus infection, which will undoubtedly arrive in Canada this year, and also the issue of BSE, or mad cow disease, and the human variant. We expect to also identify at least one case of BSE soon, not acquired in Canada but outside.

There are also chronic infectious diseases such as HIV, hepatitis B virus infection, hepatitis C virus infection. Then there are infectious chronic diseases, such as helicobacter infection as a cause of peptic ulcer disease and gastric cancer, and possibly also chlamydial infection as a cause of coronary artery disease. There is a consensus in the U.S., the U.K. and other developed countries as regards the continuing threat of infectious diseases.

I want to give you some more examples. Anti-microbial resistance is an issue that is important to the health care system and an important cost driver in the health care system. There are other substantial costs that I will detail later. I would also like to note that in terms of the estimates of the cost of infectious diseases, and especially the mortality, infectious diseases and the usual classifications do not usually include costs resulting from pneumonia and influenza. This is important in an aging population, as well as issues such as genitourinary infections, gastrointestinal infections and skin infections, which are important in terms of institutionally acquired infections. There are also large amounts of illness, usually morbidity illness, that are never measured by routine data. These include food-borne illness that never result in physician visits or in hospital stays.

Mortality for infectious diseases has increased, as you can see from page 10, which is a graph relating to mortality from HIV. That has been the main driver in terms of increased mortality from infectious diseases. The mortality rate has dropped, but HIV is a chronic infectious disease. However, individuals with this disease are living longer as a result of newer treatments and continue to require a large amount of help from the health care system.

*[Français]*

Je voudrais vous présenter quatre points concernant les maladies infectieuses. Tout d'abord, la menace des maladies infectieuses persiste et augmente. Deuxièmement, les maladies infectieuses sont coûteuses pour le système de santé et pour l'économie canadienne. Troisièmement, les stratégies de prévention et de contrôle représentent un investissement judicieux et, enfin, les systèmes de surveillance efficaces sont essentiels.

*[Traduction]*

Les maladies infectieuses représentent certainement une menace persistante. L'optimisme que suscitait au départ la lutte contre ces maladies s'est émoussé. Il y en a maintenant de nouvelles, par exemple le sida depuis les années 80, le syndrome pulmonaire de l'hantavirus, les menaces émergentes comme l'infection par le virus du Nil occidental — ou West Nile —, qui arrivera sans aucun doute au Canada cette année, ainsi que l'EBS — la maladie de la vache folle — et sa variante humaine. Nous nous attendons à enregistrer bientôt au moins un cas d'EBS contractée non pas au Canada, mais à l'étranger.

Il y a aussi les maladies infectieuses chroniques comme le VIH et les infections virales causées par l'hépatite B et l'hépatite C. Et puis les maladies chroniques d'origine infectieuse, par exemple les ulcères gastro-duodénaux et les cancers de l'estomac causés par les infections à *Helicobacter*, et peut-être également les coronaropathies attribuables à la chlamydia. La menace persistante que représentent les maladies infectieuses fait consensus aux États-Unis, au Royaume-Uni et dans les autres pays industrialisés.

Je peux vous donner d'autres exemples. La résistance antimicrobienne est un problème important pour le système de soins de santé, dont elle augmente sensiblement les coûts. Il y a aussi d'autres coûts substantiels dont je vous parlerai plus en détail tout à l'heure. Je tiens également à souligner que les classifications habituelles servant à évaluer les coûts liés aux maladies infectieuses, et en particulier aux décès qui en résultent, n'incluent généralement pas ceux qu'occasionnent la pneumonie et l'influenza. Ce sont pourtant des éléments importants dans une population vieillissante, tout comme le sont les infections génito-urinaires, gastro-intestinales et cutanées contractées en établissement. Il existe également de nombreuses maladies, généralement des états morbides, qui ne sont jamais mesurées systématiquement. Il s'agit notamment des troubles d'origine alimentaire dont les victimes ne consultent pas de médecin et ne séjournent pas à l'hôpital.

La mortalité résultant des maladies infectieuses a diminué, comme vous pouvez le voir à la page 10 dans le graphique portant sur le nombre de décès liés au VIH, la principale cause des variations dans la mortalité imputable aux maladies infectieuses. Le taux de mortalité a diminué, mais le VIH est une maladie infectieuse chronique. Les gens qui en sont atteints vivent maintenant plus longtemps, grâce aux nouveaux traitements, et continuent d'avoir besoin d'une aide soutenue du système de soins de santé.



Other drivers of emerging infectious diseases are global travel and migration. On page 11 of my handout is a graph relating to tuberculosis and the increasing percentage of tuberculosis in this country, which is arising in new Canadians. This is a change in trends that we must deal with because prevention and control methods must be tailored to individuals, their cultural and ethnocultural situations.

There is also the increase in travel by Canadians, and globalization of the food supply. You might remember the story of the Guatemalan raspberries and the issue of BSE, for example. There is human activity relating to the possible effects of global warming, deforestation and so on, which could cause diseases such as Lyme disease.

An important aspect is the change in risky sexual behaviour. That is important in diseases such as HIV because the epidemics within HIV are changing. People are doing different things and that requires prevention efforts to be tailored and flexible. Injection drug use is increasingly concentrated in the marginalized socio-economically deprived groups such as street youth and the First Nations populations.

Other threats include blood-borne pathogens such as hepatitis C, which I mentioned, and the burden from that is substantial. I will talk about that later. There are water-borne and food-borne diseases. You will well know about the outbreak of *E. coli* infection, which is an illustration of what can happen and the pressure that can be produced on the health care system when there are issues in public health infrastructure. I have mentioned anti-microbial resistance.

Resistance to immunization is something I want to mention because there is an increasingly vocal resistance to immunization. We will take for granted the beneficial effects of immunization on measles or polio. The only cases of measles now occurring in this country occur in individuals who are not immunized, usually having conscientious objection to immunization, and as a result of importations into this country. We would not want to rest on our laurels because we have to maintain those immunization rates in order to keep measles away.

Zoonoses, which are diseases in animals, are increasingly recognized as important. *E. coli* is one of them. *E. coli* is contamination of the water supply. BSE, the mad cow disease, is a form of a transmissible spongiform encephalopathy that includes a number of other diseases, but it is transmitted from animals. West Nile virus infection is another one, as is racoon rabies, which will undoubtedly arrive close to our doorstep in Ottawa, probably this year.

The economic impact of infectious diseases is often not recognized but is estimated to be more than \$6 billion a year. It was estimated in 1998 that Canadians infected with HIV at that

L'apparition de nouvelles maladies infectieuses s'explique également par les voyages internationaux et les migrations. À la page 11 de ma présentation, vous pouvez voir un graphique sur la tuberculose et la proportion croissante des cas concernant des néo-Canadiens. Il s'agit d'une nouvelle tendance sur laquelle nous devons nous pencher parce que les méthodes de prévention et de contrôle doivent être adaptées à la culture et à la situation ethnoculturelle des individus.

Il faut mentionner aussi que les Canadiens voyagent de plus en plus et que les approvisionnements alimentaires se mondialisent. Vous vous souviendrez peut-être de l'histoire des framboises du Guatemala et vous connaissez le problème de l'EBS, par exemple. En outre, l'activité humaine liée aux effets possibles du réchauffement de la planète, par exemple la déforestation, pourrait entraîner des affections comme la maladie de Lyme.

Les changements relatifs aux comportements sexuels à risque représentent un facteur important, particulièrement dans le cas des maladies comme le VIH parce que cette épidémie évolue. Les gens font des choses différentes, ce qui exige des efforts de prévention flexibles et bien ciblés. L'usage de drogues injectables est de plus en plus concentré dans les groupes marginalisés et socio-économiquement faibles comme les jeunes de la rue et les populations des Premières nations.

Les autres menaces incluent les pathogènes à diffusion hématogène comme l'hépatite C, que j'ai déjà mentionnée et qui représente un fardeau important. Je vous en reparlerai. Il y a aussi les maladies hydriques et d'origine alimentaire. Vous avez bien sûr entendu parler de la flambée d'infections attribuables à l'*E. coli*, qui illustre ce qui peut se passer et les pressions qui peuvent s'exercer sur le système de soins de santé quand il y a des lacunes dans l'infrastructure sanitaire publique. Je vous ai déjà mentionné la résistance antimicrobienne.

La résistance à l'immunisation est un élément que je tiens à mentionner parce qu'il y a de plus en plus de gens qui s'opposent à l'immunisation. Nous pouvons tenir pour acquis que l'immunisation est efficace dans le cas de la rougeole et de la polio. Les seuls cas de rougeole enregistrés de nos jours au Canada se rencontrent chez des gens qui n'ont pas été immunisés, généralement en raison d'objections de conscience, ou parce qu'ils viennent d'arriver au pays. Mais il ne faut pas nous reposer sur nos lauriers et il est important de maintenir les taux d'immunisation actuels pour éviter le retour de la rougeole.

Nous commençons aussi à reconnaître l'importance des zoonoses, c'est-à-dire les maladies d'origine animale. C'est le cas notamment de l'*E. coli*, qui entraîne une contamination des approvisionnements en eau. L'EBS, la maladie de la vache folle, est une forme d'encéphalopathie spongiforme transmissible qui recouvre un certain nombre d'autres maladies; mais elle est transmise par les animaux. L'infection par le virus du Nil occidental en est une autre, tout comme la rage transmise par les rats laveurs, qui arrivera sans doute à nos portes, à Ottawa, d'ici un an.

Les répercussions économiques des maladies infectieuses sont souvent passées sous silence, mais elles sont évaluées à plus de 6 milliards de dollars par année. On a calculé en 1998 que les



time would, through to death, cost the economy in the order of \$27 billion. It is estimated now that the annual cost of Hepatitis C is between \$1.3 billion and \$1.8 billion. Anti-microbial resistance is expensive. It is expensive to keep people in hospital for longer if they have resistant infections, and if they have infections which they acquire in the health care system. Multiple drug-resistant tuberculosis is a small percentage of cases but, as you can see on the graph on page 11, 1.2 per cent of our cases are multiple resistant, and if that increases, those individuals can cost a remarkable amount to the system.

Many infectious diseases can be prevented. Immunization is a good example of that, and there are many new developments in immunization, including anti-cancer vaccines. It is worthwhile noting that probably 15 per cent of cancers worldwide are probably caused by infectious diseases. Screening of the blood supply is a good example of primary prevention. Targeted health promotion is important. I mentioned that in terms of sexually transmitted diseases, but health promotion has to be tailored and flexible. There is no "one size fits all." Therefore surveillance, to be up-to-date with trends in infectious diseases, is very important.

Basic issues such as good hygiene in the home and food establishments and careful activity in the workplace and health care institutions are vitally important and can be very beneficial — guidelines for infection control, for example, in hospitals, protection of the water supply, and then control of anti-microbial use, good practices by physicians, good practices by nurses, and good practices by the animal husbandry sector. It certainly is clear that antibiotic use in the animal care sector is an important factor in anti-microbial resistance in humans.

In conclusion, infectious diseases are a significant and increasing threat to the health of Canadians. Modern demographic and environmental conditions favour development of spread of infectious diseases. They are costly to the health care system. Many infectious diseases can be prevented by health promotion, disease prevention and health protection strategies, and these strategies are worth the investment.

**The Deputy Chairman:** Thank you very much. Dr. MacLean?

**Dr. David MacLean, Departmental Head, Community Health and Epidemiology, Dalhousie University:** I thank the committee for giving me the opportunity to come here today to speak on the issue of health. I come from an academic background now. I work full-time in that environment. I would just let the committee know that, prior to that, I was a practising physician for a number of years in Nova Scotia, and I spent a certain amount of time after my post-graduate training in epidemiology, and so on, with the provincial government. I have been with the university now for almost 13 years.

Canadiens porteurs du VIH à ce moment-là coûteraient à l'économie, jusqu'à leur décès, aux alentours de 27 milliards de dollars. Et on estime aujourd'hui que le coût annuel de l'hépatite C se situe entre 1,3 et 1,8 milliard de dollars. La résistance antimicrobienne coûte cher également, parce qu'il faut garder les gens à l'hôpital plus longtemps s'ils souffrent d'infections résistantes ou d'infections contractées dans un établissement de soins de santé. La tuberculose à pharmacorésistance multiple représente un faible pourcentage des cas, mais comme vous pouvez le voir sur le graphique de la page 11, il y a 1,2 p. 100 de nos cas qui se retrouvent dans cette catégorie; si ce pourcentage augmente, les personnes touchées pourraient coûter très cher au système.

Beaucoup de maladies infectieuses sont évitables. L'immunisation est un bon exemple de prévention, et il y a eu toutes sortes de percées dans ce domaine, y compris en ce qui concerne les vaccins anti-cancer. Il est intéressant de souligner qu'environ 15 p. 100 des cancers enregistrés dans le monde sont probablement causés par des maladies infectieuses. La vérification des produits sanguins est un bon exemple de prévention primaire. Et les efforts ciblés de promotion de la santé sont importants. Je l'ai déjà dit au sujet des maladies transmissibles sexuellement, mais la promotion de la santé doit être flexible et adaptée aux besoins. Il n'y a pas de formule applicable à tout le monde. C'est pourquoi la surveillance, qui permet de se tenir au courant des tendances relatives aux maladies infectieuses, est très importante.

Les mesures fondamentales comme une bonne hygiène à la maison et dans les établissements alimentaires, ainsi que la prudence en milieu de travail et dans les établissements de soins de santé, sont absolument vitales et peuvent être très efficaces. Je veux parler des lignes directrices sur le contrôle des infections dans les hôpitaux, par exemple, de la protection des sources d'approvisionnement en eau, du contrôle des moyens antimicrobiens, et de l'adoption de bonnes pratiques par les médecins, les infirmières et les éleveurs. Il est très clair que l'administration d'antibiotiques aux animaux est un important facteur de résistance antimicrobienne chez les humains.

Pour terminer, je répète que les maladies infectieuses représentent une menace de plus importante à la santé des Canadiens. Les conditions démographiques et environnementales modernes favorisent l'apparition et la propagation de ces maladies coûteuses pour notre système de soins de santé. Il serait possible d'en éviter beaucoup grâce à des stratégies de promotion de la santé, de prévention des maladies et de protection de la santé, et ces stratégies méritent un investissement.

**La vice-présidente:** Merci beaucoup. Docteur MacLean?

**Dr David MacLean, chef de département, Santé communautaire et épidémiologie, Université Dalhousie:** Je remercie le comité de l'occasion qu'il m'a offerte de venir ici aujourd'hui pour parler de santé. Je travaille maintenant à plein temps dans un milieu universitaire. Je tiens cependant à ce que le comité sache que j'ai pratiqué la médecine pendant un certain nombre d'années en Nouvelle-Écosse et que j'ai travaillé pendant un certain temps après mes études de troisième cycle en épidémiologie, entre autres, au gouvernement fédéral. Je suis maintenant à l'université depuis près de 13 ans.

At the moment at the moment, my major interest in disease as it relates to our health care system centres on the issue of chronic disease. I have prepared a brief for you, which I will not reiterate today, but I have put forward a number of points. Particularly, you will see that my emphasis today is bringing a case to you for trying to balance our health care system better in a preventative way, and I go into some detail and some evidence. Because everyone wants evidence, I tried to give you the best that I could that will support my position.

I see chronic disease as the major health threat for this country, and our health care system in this century, for a variety of reasons, which I hope I will make clear as I go on. You have heard that it is the major health problem we face today in terms of our mortality, morbidity and our costs. The direct health care costs in Canada now rank about \$86 billion, as we have heard from the Centre for Health Information recently. The indirect costs probably are another \$80 billion or more. Chronic diseases are responsible for the vast majority of those costs.

Recent trends in these diseases give us some optimism, but they also give us some pessimism. The optimism comes from looking at such things as cardiovascular disease. We have had some declines in mortality from heart disease over the last 25 years. Particularly, we have had some declines in strokes and stroke mortality, which has been very important.

We have had some improvement in some cancers, like cancer of the blood-forming elements and some childhood cancers, but by and large the cancer situation has been disappointing. We are seeing some beginnings of decline in lung cancer in men because of the decline in smoking that has occurred in the past in men. Unfortunately, the situation is the opposite in women. Mortality is rising at an alarming rate from cancer of the lung in women, basically due to smoking.

For most of the major cancers, unfortunately, the rates are either increasing or remaining the same. For example, the mortality from breast cancer in women has stayed essentially flat for the last 40 years. I bring this forward to say that despite the fact that we have had, in relative terms, a massive investment in research and treatment for these diseases, not only in this country but in the context that we benefit from, which is the North American context, the impact of that has yet to be felt. There have been some successes. I am not being totally pessimistic.

These problems are compounded, and will be further compounded, by the aging of our population. I know you are all aware of that. It is important to recognize that even in declining rates such as we have had with cardiovascular disease, because the absolute numbers of the baby boomers will rise, a declining rate will increase the absolute number of cases that will show up in emergency rooms in hospitals, so we are facing an increasing problem with these, a problem that is very costly.

Pour le moment, mon intérêt en ce qui concerne le système de santé porte surtout sur les maladies chroniques. Je vous ai préparé un exposé, que je ne lirai pas aujourd'hui, mais je ferai ressortir un certain nombre de points. Vous verrez que je vais surtout essayer aujourd'hui de vous faire valoir l'importance d'une meilleure prévention pour notre système de santé et je vous donnerai certains détails et certaines preuves. Parce que tout le monde veut des preuves, j'ai essayé de vous présenter celles qui étayeront le mieux ma position.

Je considère les maladies chroniques comme la principale menace pour la santé dans notre pays et pour notre système de santé au cours du présent siècle, et cela pour différentes raisons que j'essaierai de vous expliquer au fur et à mesure. On vous a dit que c'est le principal problème de santé auquel nous sommes confrontés aujourd'hui côté mortalité, morbidité et coûts. Les coûts directs des soins de santé au Canada s'élèvent maintenant à environ 86 milliards de dollars, comme nous l'a indiqué récemment le Centre d'information sur la santé. Quant aux coûts indirects, ils s'élèvent probablement à 80 milliards de dollars ou plus. Les maladies chroniques sont responsables de la plus grande partie de ces coûts.

Les tendances récentes en ce qui concerne ces maladies nous donnent raison d'être optimistes, mais elles nous donnent aussi raison d'être pessimistes. Nous avons raison d'être optimistes lorsque nous regardons, par exemple, les maladies cardio-vasculaires. Les taux de mortalité attribuables aux maladies du cœur ont diminué au cours des 25 dernières années. Les accidents cérébrovasculaires, notamment, et les taux de mortalité qui y sont associés ont beaucoup diminué.

La situation s'est améliorée dans le cas de certains cancers, comme le cancer des éléments sanguiformateurs et certains cancers chez les enfants, mais, dans l'ensemble, la situation en ce qui concerne le cancer a été décevante. Le cancer du poumon commence à diminuer chez les hommes, parce qu'ils fument moins. Malheureusement, l'inverse est vrai pour les femmes. La mortalité attribuable au cancer du poumon chez les femmes augmente à un rythme alarmant, en raison surtout de la cigarette.

Pour la plupart des principaux cancers, malheureusement, les taux augmentent ou demeurent les mêmes. Par exemple, le taux de mortalité attribuable au cancer du sein est demeuré essentiellement le même au cours des 40 dernières années. Je vous dis cela pour vous montrer qu'en dépit du fait qu'il y a eu des investissements massifs, relativement parlant, dans la recherche sur ces maladies et leur traitement, non seulement au Canada, mais dans tout le contexte qui nous intéresse, celui de l'Amérique du Nord, leur incidence ne se fait pas encore sentir. Il y a eu certaines réussites. Je ne suis pas tout à fait pessimiste.

Le vieillissement de notre population vient aggraver et continuera à aggraver ces problèmes. Je sais que vous en êtes tous conscients. Il est important de reconnaître que malgré une baisse des taux du genre de celle que nous avons connue pour les maladies cardio-vasculaires, parce que le nombre absolu de baby-boomers augmentera, un taux plus bas se traduira par un nombre absolu plus élevé de cas dans les salles d'urgence des hôpitaux de sorte que nous sommes confrontés à un problème croissant, un problème qui est très coûteux.



As you have heard, we have a substantial increase in the cost associated with technology, not only in the development of new technologies, which are expensive, but also in things such as drugs, and so forth, which are increasingly costly. That, in itself, will present a fairly major problem for us because the leading edge of the baby boom generation is just now beginning its chronic disease years. We are also seeing that this technology, in itself, is not only getting expensive but we are applying it to a much wider age range than we ever did before. When I went through medical school, people over 65 were considered not to be eligible for intensive care units. I am not justifying that decision, but that is the way it was in those days. I would draw your attention to the recent heart transplant in Alberta in a 79-year-old. There recently was a case in our newspapers in Halifax where a woman in her mid-50s had received her fifth organ transplant. I am not saying these are inappropriate; just that this is what the future will bring for us as we apply this increasingly expensive technology to an older and older population. Maybe just one heart transplant will not be it. It may be three or four in the same person over time. I think these are real threats to us because even in the richest societies, as you can see with the difficulties we have now in affording these costs, we may not be able to afford this.

In some way, health care costs are now bankrupting the other sectors in our society. For example, I also come from an educational institution. The opportunity costs associated with this huge expenditure on health care are significant, particularly to other important sectors in our society and for government policy-making. I am not suggesting that this is inappropriate but I do suggest that, unless we do something about them, these trends pose a major threat to our publicly-funded health care system. These are matters that even a rich country like Canada will need to give way on in the future if these trends continue.

We know, and you have heard, that the social and biological determinants of these diseases are preventable. They can be manipulated; we can change them. This has significant implications for how we should proceed in the future. In my brief I have tried to give you an overview that prevention is something that we can do because we now have enough evidence.

It is important to recognize that these chronic diseases are diseases. They are associated with aging in the sense that they have long incubation periods but they are not the aging process. There are societies where these diseases occur much less often than in our society. There is the potential that most of these chronic diseases we face, namely, cancers, heart disease, diabetes, chronic obstructive lung disease, are entirely preventable, or at least their rates will become low and they will become uncommon conditions in our society in time. They are not necessary. They are not just the inevitable end of aging that you must die with these diseases.

Comme on vous l'a dit, il y a eu une augmentation substantielle des coûts associés à la technologie, non seulement à l'élaboration de nouvelles technologies, qui sont coûteuses, mais aussi aux médicaments, par exemple, qui sont de plus en plus coûteux. Cela en soi posera un problème assez grave, parce que les membres plus âgés de la génération du baby-boom arrivent à l'âge des maladies chroniques. Non seulement cette technologie coûte de plus en plus cher, mais nous l'appliquons à une plage d'âge beaucoup plus large qu'auparavant. Lorsque j'étudiais en médecine, les gens de plus de 65 ans ne pouvaient pas être traités dans les unités de soins intensifs. Je ne dis pas que c'était là une sage décision, mais c'est ainsi que les choses se faisaient dans ce temps-là. Je tiens à attirer votre attention sur la récente greffe de cœur en Alberta d'une personne de 79 ans. Il y a peu de temps, les journaux de Halifax faisaient état du cas d'une femme dans la cinquantaine qui en était à sa cinquième greffe d'organes. Je n'ai rien contre; tout ce que je dis, c'est que c'est ce que l'avenir nous réserve puisque cette technologie de plus en plus coûteuse sera appliquée à une population de plus en plus âgée. Une seule greffe du cœur ne suffira peut-être pas. La même personne pourrait avoir au fil des ans trois ou quatre transplants. Je pense que ce sont là des menaces réelles, parce que même les sociétés les plus riches pourraient ne pas avoir les moyens qu'il faut, comme vous pouvez le voir d'après les difficultés que nous avons actuellement à assumer les coûts en cause.

D'une certaine manière, les coûts des soins de santé ruinent actuellement les autres secteurs de notre société. Par exemple, je viens d'un établissement d'enseignement. Les coûts de renonciation associés aux énormes dépenses attribuables aux soins de santé sont élevés, particulièrement pour d'autres secteurs importants de notre société et pour l'élaboration des politiques gouvernementales. Je ne m'élève pas contre ces dépenses, mais, si nous ne faisons rien, ces tendances risquent de constituer une menace grave pour notre système de santé public. Ce sont là des choses auxquelles même un pays riche comme le Canada devra renoncer à l'avenir si ces tendances se maintiennent.

Nous savons, et on vous l'a dit, que les déterminants sociaux et biologiques de ces maladies peuvent être évités. Ils peuvent être manipulés; nous pouvons y changer quelque chose. Cela a des répercussions importantes sur la façon dont nous devrions nous y prendre à l'avenir. J'ai essayé de vous expliquer dans mon mémoire que la prévention est une chose qui est possible parce que nous avons maintenant assez de connaissances.

Il est important de reconnaître que ces affections chroniques sont des maladies. Elles sont associées au vieillissement en ce sens qu'elles ont de longues périodes d'incubation, mais elles ne font pas partie du processus de vieillissement. Il y a des sociétés où ces maladies sont beaucoup moins courantes que la nôtre. Il est possible que la plupart des maladies chroniques auxquelles nous sommes confrontés, notamment les cancers, les maladies du cœur, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, soient tout à fait évitables ou qu'à tout le moins leur taux baisse au point où elles seront un jour rares dans notre société. Elles ne sont pas nécessaires. Elles ne sont pas l'aboutissement inévitable du vieillissement et il n'est pas dit qu'il faut en mourir.



We have enough evidence to take action now, and I have tried to outline this my brief. The real question is not what to do, but how. We know that people who live by healthy lifestyles cost less money to the health care system and society at all age groups, even the most senior. People who live a healthy lifestyle cost less.

That fact itself gives us a clue to one of the solutions to the potential for increased costs, which is to try to reduce the demand for expensive health care services. We can do that through a preventative approach. Government policy and issues such as healthy lifestyle are important to the prevention approach, but it must come out of our communities. We must create healthier communities in Canada because many of the barriers that prevent us from being healthy are in our communities and at the community level. We must look at the whole infrastructure as to how we approach prevention and how we deliver preventative health services in this country if we really want to make a dent in them.

It is easy enough to give people education regarding nutrition and appropriate foods to choose, and remind them that we should only have 30 per cent of our calories in fat, et cetera, but to go into a grocery store and buy the right things requires a Ph.D. in food chemistry. There are many issues we need to address. Similarly, I started out trying to be healthy when I first went to Dalhousie in order to put on a good show for the rest of my department. I rode my bike to work from where I live in Dartmouth. After almost being killed in the first week, I do not do that any more. One cannot exercise on our streets. They are not safe for many people who want to run, particularly women because they are uncomfortable doing that other than in the midday. For people who want to ride a bicycle, you are taking your life in your own feet. I suggest that many of the infrastructures of our society are barriers to achieving good health. We need to make an investment and we must look at how we organize these types of things.

It is important to recognize that the social determinants of health are tied and people who suffer the most from these diseases are people who fall into lower socio-economic categories. It is also important to link our economic and social policies to health if we want to make a dent in these issues. Coming from an area of the country where these diseases are the most prevalent and, unfortunately, we are also the poorest, it clearly is illustrated in my daily life as I go about my work.

Given, then, that we have so much knowledge about how to deal with these things, why have we not done so? I think part of this results from the political economy of these issues, if I may use that term. In other words, there is an industry that supports curative services. There is a huge pharmaceutical industry, a huge technology industry and, quite bluntly, there is a huge industry in my profession that supports these kinds of approaches — and quite logically so. It is not a conspiracy; it is just a natural fit.

Nous avons suffisamment de connaissances pour agir dès maintenant et c'est ce que j'ai essayé de faire valoir dans mon mémoire. La vraie question n'est pas de savoir quoi faire, mais bien de savoir comment s'y prendre. Nous savons que les gens qui ont de saines habitudes de vie coûtent moins cher au système de santé et à la société, peu importe leur âge. Même les personnes âgées qui ont une vie saine coûtent moins cher.

Donc, une des solutions au problème de l'augmentation des coûts serait d'essayer de réduire la demande de services de santé coûteux. Nous pouvons y arriver en adoptant une approche de prévention. Il est important que les politiques gouvernementales insistent sur un mode de vie sain, mais la prévention doit se faire dans nos collectivités. Nous devons créer des collectivités plus saines au Canada, parce que de nombreux obstacles à une meilleure santé ont leur source dans nos collectivités et au niveau communautaire. Nous devons examiner l'ensemble de l'infrastructure et nous demander comment offrir des services préventifs de santé dans notre pays si nous voulons prévenir la maladie.

Il est facile d'enseigner la nutrition, de dire aux gens quels aliments choisir et de leur rappeler que 30 p. 100 seulement des calories doivent provenir des graisses, mais il faut presque un doctorat en chimie alimentaire pour faire son épicerie. Il y a de nombreuses questions sur lesquelles nous devons nous pencher. Quand je suis arrivé à l'université Dalhousie, par exemple, j'ai essayé de me mettre en forme pour montrer l'exemple au reste de mon département. J'ai décidé d'aller travailler à bicyclette à partir de chez moi à Dartmouth. Je ne le fais plus, parce que j'ai failli me faire tuer la première semaine. Il est impossible de faire de l'exercice dans nos rues. Elles ne sont pas sécuritaires pour bien des gens qui veulent courir, surtout les femmes qui ne se sentent à l'aise de le faire qu'en plein jour. Les gens qui veulent faire de la bicyclette mettent leur vie en danger. Je pense personnellement que de nombreuses infrastructures de notre société sont des obstacles à une bonne santé. Nous devons investir et essayer de voir comment nous pourrions mieux nous organiser.

Il est important de reconnaître que les déterminants sociaux de la santé comportent des liens entre eux et que les gens qui souffrent le plus de ces maladies sont ceux qui se situent dans les catégories socio-économiques les moins privilégiées. Il est important aussi d'établir un lien entre nos politiques économiques et sociales et la santé si nous voulons que les choses changent. Je viens d'une région du pays où ces maladies sont le plus courantes et, malheureusement, où nous sommes aussi les plus pauvres, et c'est ce que je peux constater clairement dans ma vie de tous les jours et au travail.

Étant donné que nous connaissons si bien les moyens à prendre pour régler ces questions, pourquoi ne pas l'avoir fait avant? Je pense qu'est en partie à cause de leur caractère politico-économique si vous me permettez l'expression. Autrement dit, il y a une industrie qui appuie les services curatifs. Il y a une grande industrie pharmaceutique, une grande industrie de la technologie et, je l'avoue, une grande industrie dans ma profession qui appuient ce type d'approche — et c'est tout à fait logique. Ce n'est pas un complot; c'est naturel.

No one supports prevention. No one pays for prevention. The health industry, in a sense, distorts our priorities in health. After all, they are there to treat illness, not to produce health. They distort our priorities in trying to balance our health care system. We need to address that issue if we are to find remedies.

Unfortunately, even things such as our Canada Health Act — and believe me I support the principles of the Canada Health Act — basically talks about medically necessary services. The word “prevention” is not in any of the processes. This has many implications but particularly it helps concentrate the mind of the policy makers, who are the provincial health ministers and the federal health ministers. As they get together to decide the issues of health in Canada, they are concentrated on these curative issues and the issue of prevention never gets on the table or receives needed attention.

I must say that no one funds prevention. There are many barriers to this. The outcomes from preventative work are long term. There are no short payoffs. For some parts of the political process, that is not an attractive issue. We have little capacity in governments to deal with the issue of prevention. We have little capacity in our professional bodies and in our professions, whether that be nurses, doctors, what have you, to deal with prevention. By and large, in much of the survey work I have done, it shows that we have a public that does not understand many of these issues or the benefits that can be derived.

Therefore, we must try to give some sort of policy priority to these issues. We must try and scale up the programs and activities that we can do at a community level that will try and address these issues. As Dr. Mills has suggested, this is a preventative dose issue. We have spent most of the money on prevention in this country nibbling around the edges.

In the consideration of infectious diseases, we all know that penicillin is the drug of choice for streptococcal infection, but if you give a person one milligram once, it will do nothing. A person would need 500 milligrams four times a day for 10 days. Prevention needs a similar dose, and it needs it for a length of time. We have the capacity and knowledge to do it. We really need to find the ways to implement all that.

I am happy to answer any questions that senators may have.

**Senator Graham:** I want to raise my first question with respect to breast cancer, since Dr. MacLean said in his presentation that the rate of breast cancer in women has remained relatively flat for the last 40 years. Yet we are told that cancer has become the second cause of death in Canada compared to fifth in the 1920s and the 1930s. Why is that the situation?

**Dr. MacLean:** Primarily because there were other causes of disease that were killing people, particularly infectious diseases, in those days. One of the interesting cases around cancer is cancer of the stomach, which in the 1950s was one of the leading causes of

Personne n'appuie la prévention. Personne ne finance la prévention. L'industrie de la santé, d'une certaine manière, fausse nos priorités en matière de santé. Après tout, elle est là pour traiter les maladies, pas pour garantir la santé. Elle fausse nos priorités en essayant d'équilibrer notre système de soins. Nous devons nous pencher sur cette question si nous voulons y trouver des solutions.

Malheureusement, même la Loi canadienne sur la santé — et croyez-moi, j'appuie les principes de cette loi — parle essentiellement des services médicalement nécessaires. Le mot «prévention» n'y figure nulle part. Cela a de nombreuses répercussions, surtout sur la façon de voir des artisans de la politique qui sont les ministres provinciaux et le ministre fédéral de la Santé. Lorsqu'ils se réunissent pour décider des questions de santé au Canada, ils se concentrent sur ces questions curatives, et la prévention ne reçoit jamais l'attention voulue.

Je dois dire que personne ne finance la prévention en raison de nombreux obstacles. Le travail de prévention donne des résultats à long terme. Il n'y a pas de retombées immédiates. Pour certains éléments du processus politique, ce n'est pas une question attrayante. Les gouvernements n'ont pas la capacité de s'occuper de la question de la prévention. Nos organismes professionnels et nos corps médicaux n'ont pas la capacité nécessaire, c'est-à-dire ni les infirmiers et infirmières ni les médecins qu'il faut, pour s'occuper de la prévention. Dans l'ensemble, d'après les recherches que j'ai faites, le public n'arrive pas à saisir une bonne partie de ces questions ni les avantages possibles.

Par conséquent, nous devons essayer de donner la priorité à ces questions sur le plan politique. Nous devons élaborer des programmes et des activités au niveau communautaire pour essayer de les régler. Comme la Dre Mills l'a dit, c'est une question de dose de prévention. Nous n'avons pas tellement dépensé ici pour la prévention.

Lorsque nous avons à traiter des maladies infectieuses, nous savons tous que la pénicilline est le médicament de choix pour une infection à streptocoques, mais ce sera peine perdue si nous en administrons un milligramme à un malade. Il faut 500 milligrammes quatre fois par jour pendant dix jours. La prévention nécessite une dose semblable, pendant une période de temps donnée. Nous avons la capacité et les connaissances qu'il faut. Nous devons simplement trouver les moyens de tout mettre en oeuvre.

Je répondrai maintenant avec plaisir à toutes les questions que les sénateurs pourraient avoir à poser.

**Le sénateur Graham:** Ma première question va porter sur le cancer du sein puisque le Dr MacLean a dit dans son exposé que le taux de cancer du sein chez les femmes était demeuré relativement stable au cours des 40 dernières années. Pourtant, on nous a dit que le cancer était la deuxième cause de décès au Canada par comparaison à la cinquième dans les années 20 et 30. Pourquoi?

**Dr MacLean:** Principalement parce qu'il y avait d'autres maladies mortelles, surtout des maladies infectieuses dans ce temps-là. Le cancer du poumon est un cas intéressant; dans les années 50, c'était une des principales causes des décès par cancer



cancer death in Canada. It is now still a cause of cancer death, but not nearly to that degree. There has been a precipitous decline in the rate of cancer of the stomach in our country largely due to dietary change. It has been due particularly to changes in the preservation of food, such as in the use of salt, pickling and these sorts of things, which are associated with cancers of the stomach. The change is probably ultimately related to the fact that we had rural electrification and we could afford refrigeration in the country so people did not need to use those methods to preserve their staples. That is an example of a cancer cause that would have been high in those days but now is not. It is changing disease patterns that produce the different rankings.

**Senator Graham:** I want to mention the question of smoking and its relation to cancer. My mother died at the age of 91, still smoking. She smoked on the day of her death. When I got after her about smoking, she would say, "Now, dear, do you want me to die from smoking or from the stress of not smoking?"

The Surgeon General of the United States has said recently that the rate of lung cancer among women is reaching epidemic proportions in the United States. Would that be true in Canada?

**Dr. MacLean:** Yes. Mortality from cancer of the lung now exceeds that of breast cancer in Canadian women. That is a massive change. If you would have suggested to an epidemiologist like me 25 years ago that we would see that kind of lung cancer in women, you would have been scoffed at, but it is now unfortunately a reality. It reflects very much the uptake of smoking among women since the Second World War. Cancer is a disease with a long incubation period. Most of the people who will continue the lung cancer epidemic we have now into the next 30 years are already smoking. Cessation is important if we want to prevent that. Eighty per cent of lung cancer is related directly to cigarette smoking, and 50 per cent of people die of their smoking habit. Fortunately, the others have a genetic makeup, or what have you, that prevents that. Your mother was obviously one of those. As I say, 50 per cent of people will die of their smoking habit.

**Dr. Mills:** I would refer you to the slide showing the mortality counts in women between 1971 and 2010. This is just to reinforce what Dr. MacLean was saying. If you look at just the rate increase, which is the lowest line, that is quite a steep rate of increase for women, and it is directly related to our failure to turn around smoking rates in women the way that we have in men.

I have another slide I wish I had been able to bring to you. It shows the lung cancer death rates in men for 20 years following the smoking rates in the same population, and the parallelism is quite striking. The slope of the curve for lung cancer deaths is identical to the slope of the curve for the prevalence of smoking over time. Smoking among women has not yet turned around, so

au Canada. Il demeure une cause de décès par cancer, mais le taux de mortalité est loin d'être aussi élevé. Il y a eu une baisse marquée du taux de cancer de l'estomac dans notre pays, en raison surtout d'un changement des habitudes alimentaires. Cette baisse peut notamment être attribuée à des changements dans les modes de préservation des aliments, comme l'utilisation du sel, du marinage et ainsi de suite, qui sont associés aux cancers de l'estomac. Le changement est probablement attribuable en fin de compte à l'électrification rurale et au fait qu'il n'était plus nécessaire d'utiliser ces méthodes pour préserver la nourriture, parce que les gens pouvaient se permettre de réfrigérer leurs aliments. C'est un exemple d'une cause de cancer qui aurait été fréquente dans ce temps-là, mais qui ne l'est plus. Ce sont les changements dans l'évolution des maladies qui expliquent les classements différents.

**Le sénateur Graham:** Je tiens à mentionner la question de la cigarette et de son lien avec le cancer. Ma mère est décédée à l'âge de 91 ans et fumait toujours. Elle a fumé le jour de sa mort. Chaque fois que je lui conseillais d'arrêter de fumer, elle me répondait: «Voyons, veux-tu que la cigarette me tue ou le stress de ne pas fumer?»

Le chef des Services de santé aux États-Unis a dit récemment que le taux de cancer du poumon chez les femmes atteignait des proportions épidémiques. Est-ce que c'est vrai aussi au Canada?

**Dr MacLean:** Oui. Le cancer du poumon tue aujourd'hui plus de femmes canadiennes que le cancer du sein. Les choses ont beaucoup changé. Si vous aviez dit à un épidémiologiste il y a 25 ans que le cancer du poumon chez les femmes atteindrait de telles proportions, il aurait ri de vous, mais c'est malheureusement vrai. Cela est en grande partie attribuable au fait que les femmes se sont mises à fumer après la Seconde Guerre mondiale. Le cancer est une maladie qui a une longue période d'incubation. La plupart des gens qui perpétueront au cours des 30 prochaines années l'épidémie de cancer du poumon qui sévit actuellement fument déjà. Il faut qu'ils cessent de fumer si nous voulons mettre un terme à cette épidémie. Quatre-vingt pour cent des cancers du poumon sont directement liés à la cigarette, et 50 p. 100 des gens succombent à leur habitude de la cigarette. Heureusement, les autres ont un matériel génétique qui les protège. Votre mère faisait de toute évidence partie de ce groupe. Comme je l'ai dit, 50 p. 100 des gens succomberont à leur habitude de fumer.

**Dre Mills:** J'aimerais que vous regardiez la diapositive qui montre le taux de mortalité chez les femmes entre 1971 et 2010. Le Dr MacLean a raison. Si vous regardez l'augmentation des taux uniquement, c'est-à-dire la ligne la plus basse, vous remarquerez un taux d'augmentation assez prononcé pour les femmes, et celui-ci peut être directement attribué au fait que nous n'avons pas réussi à obtenir la même baisse des taux d'usage de la cigarette chez les femmes que chez les hommes.

J'ai une autre diapositive que j'aurais bien aimé vous apporter. Elle montre les taux de mortalité par cancer chez les hommes sur une période de 20 ans suivant les taux d'usage du tabac au sein de la même population, et le parallélisme est plus frappant. La pente de la courbe des décès attribuables au cancer du poumon est identique à la pente de la courbe du tabagisme dans le temps.



we have not seen the peak of the lung cancer epidemic in women yet.

**Senator Morin:** How long does it take?

**Dr. Mills:** For lung cancer, it is about 20 years. You see quicker responses with decreases in smoking rates in things like acute respiratory disease and acute myocardial infarction, but cancer takes a long time for the rate to decrease.

**Senator Graham:** Dr. MacLean, you said that no one funds prevention. How would you square that with all of the health promotion programs that are funded across the country?

**Dr. MacLean:** I suppose I was being a little hasty in that. I would suggest I meant no one really funds chronic disease prevention. There is some funding on lifestyle, and so forth.

In my province, which is your province, the health care bill is approximately \$1.8 billion. I think that the health promotion budget of the province is somewhere in the range of \$500,000. People often ask me how much we should spend on these things. I do not really know the answer to that, but I do know we do not spend very much. In the province of Nova Scotia, the health care budget has been going up between 7 and 10 per cent a year in the last few years. Let us suppose that next year the Minister of Health kept the budget for health care flat, did not increase it but did not decrease it, and just used that 10 per cent on prevention. That would be \$180 million. If you gave us \$180 million in Nova Scotia, we could do one heck of a lot in preventing these diseases over the next 15 years.

**Senator Kirby:** On exactly that point, are there any cost benefit studies that have been done, if not in Canada elsewhere in the world, which attempt to answer your question and show that if you spend a certain amount of money, which is the cost, on health prevention programs, this is what you save the public health care system? It seems to me your earlier comment was correct, namely, everyone is demanding that we spend all the money we have on people who are already sick as opposed to avoiding them getting sick. The data we need are fundamentally cost benefit. Does that exist anywhere?

**Dr. MacLean:** There is, I would suggest, smatterings of it. I give you the example of Finland in my brief. I recognize that you did not get my brief until today because I was late with it. However, there is an example of Finland and some work there that I think you would find informative. Because of the fact that countries have not run major national preventative programs, it is difficult.

One example I would use is the tobacco control program in California. The tobacco control program there is funded by something that most Canadian politicians do not like — a dedicated tax on cigarettes. It has been in operation since 1988. It has generated \$850 million that has been spent on health promotion and other activities around tobacco control in Califor-

L'usage de la cigarette chez les femmes n'a pas encore connu de renversement de sorte que nous n'avons pas encore vu chez les femmes le sommet de l'épidémie du cancer du poumon.

**Le sénateur Morin:** Combien de temps cela prend-il?

**Dre Mills:** Environ 20 ans pour le cancer du poumon. On peut observer des réactions plus rapides pour ce qui est des diminutions des taux de tabagisme dans le cas de maladies comme l'atteinte respiratoire aiguë et l'infarctus aigu du myocarde, mais le taux diminue plus lentement dans le cas du cancer.

**Le sénateur Graham:** Docteur MacLean, vous avez dit que personne ne subventionne la prévention. Que pensez alors de tous les programmes de promotion de la santé qui sont financés à l'échelle du pays?

**Dr. MacLean:** Je suppose que j'ai parlé un peu trop vite. Je voulais dire que personne ne finance vraiment la prévention des maladies chroniques. Des fonds sont accordés, par exemple, pour la promotion d'un mode de vie plus sain.

Dans ma province, qui est aussi la vôtre, le coût des soins de santé s'élève à 1,8 milliard de dollars. Je pense que le budget de promotion de la santé de la province se situe autour de 500 000 \$. Les gens me demandent souvent combien d'argent il faudrait consacrer à la prévention. Je ne connais pas vraiment la réponse, mais je sais que nous ne dépensons pas beaucoup. En Nouvelle-Écosse, le budget des soins de santé a augmenté de 7 à 10 p. 100 par année au cours des dernières années. Supposons que l'an prochain le ministre de la Santé maintienne le budget des soins de santé à son niveau actuel, c'est-à-dire qu'il ne l'augmente ni le diminue, et consacre ces 10 p. 100 à la prévention. Cela ferait 180 millions de dollars. Si vous nous donniez 180 millions de dollars en Nouvelle-Écosse, nous pourrions faire énormément pour prévenir ces maladies au cours des 15 prochaines années.

**Le sénateur Kirby:** À ce sujet précisément, des analyses de rentabilité ont-elles été effectuées, sinon au Canada, ailleurs dans le monde, pour répondre à votre question et montrer que si on consacre une certaine somme d'argent à des programmes de prévention, les économies pour le système de santé public correspondront aux coûts engagés? J'ai l'impression que vous aviez raison tout à l'heure de dire que tout le monde voudrait que nous consacrons tout l'argent que nous avons aux gens qui sont déjà malades au lieu d'essayer de les empêcher de tomber malades. Nous avons essentiellement besoin d'analyses de rentabilité. Est-ce qu'on en a déjà fait quelque part?

**Dr. MacLean:** Je dirais que nous avons de vagues connaissances. Je vous ai donné l'exemple de la Finlande dans mon mémoire. Je sais que vous ne l'avez pas reçu avant aujourd'hui parce que j'étais en retard. Cependant, vous y trouverez un exemple de la Finlande et des renseignements instructifs. C'est difficile, parce que les pays n'ont pas mis en oeuvre d'importants programmes nationaux de prévention.

Je peux vous donner l'exemple du programme de lutte contre le tabagisme de la Californie. Ce programme est financé par des moyens que la plupart des politiciens canadiens n'aiment pas — une taxe spécialement affectée aux cigarettes. Ce programme est en cours depuis 1988. Il a rapporté la somme de 850 millions de dollars qui a été consacrée à la promotion de la santé et à d'autres

nia. They have had remarkable success. Their lung cancer mortality rates have dropped 14 per cent over this time as compared to 2 per cent in the rest of the United States. Their smoking rate among people under the age of 19 is around 7.5 per cent. Ours is probably more like 28 per cent. They have also had a significant decline in cardiovascular disease and events, and they have published articles on this. They have also looked at some of the costing. For lung cancer alone, although they spent \$50 million on the promotion, they suggest that they have saved \$3 billion on operative costs and health care costs that have not occurred due to the decline in lung cancer, over and above the U.S. decline as a whole. These data have been published in the *New England Journal of Medicine* recently, particularly with respect to cardiovascular disease.

The difficulty in providing other than small demonstration cost-effective analysis is that, around the world, no one has taken it on as a national policy and put the resources into it for long enough and then looked at it.

**Dr. Mills:** I do have a table for you which is a review of cost-benefit studies. I was not able to table it today because we have not had time to have it translated, but we can provide it later. I would, if you permit, cite a few things that you would probably find interesting.

Bicycle helmets have a cost-savings ratio of three to one. For fluoridation for dental health, each \$1 spent on water fluoridation results in savings of \$80 in dental costs. Folic acid supplementation has a benefit-to-cost ratio of 4.3 to 1, and it is 6.1 to 1 for low- and high-level fortification of grain products to prevent neural tube defects. I cannot find the actual line readily, but there are many immunization studies showing net cost-savings. Controlling drug abuse shows a \$15 saving for every dollar spent. There are many unanswered questions, but there is a lot of evidence for stuff that does work.

One of the problems is that the savings are in the health care sector and the people who have to make decisions to invest in prevention are usually not the same people who are paying for treatment. Therefore, you are investing in one place and benefiting somewhere else, and you are investing now and your benefit is two, three, five, ten, twenty or thirty years down the road. It is hard to persuade people who have urgent priorities to invest in important priorities that do not have that same sense of urgency.

**Senator Graham:** You have made your point with respect to insufficient funds being dedicated to health promotion with respect to Nova Scotia. How does that compare with other provinces in the country?

activités tournant autour de la lutte contre le tabagisme en Californie. Le succès remporté a été remarquable. Les taux de mortalité par cancer du poumon ont diminué de 14 p. 100 depuis par comparaison à 2 p. 100 dans le reste des États-Unis. Le taux de tabagisme chez les moins de 19 ans est d'environ 7,5 p. 100. Le nôtre est probablement de 28 p. 100. Il y a également eu dans cet État une diminution importante des maladies et des accidents cardio-vasculaires, et des articles ont été publiés à ce sujet. On s'y est également penché sur la question des coûts. Dans le cas du seul cancer du poumon, bien qu'on ait dépensé 50 millions de dollars pour la promotion, on pense avoir économisé trois milliards de dollars en coûts opératoires et en coûts de soins de santé en raison de la diminution du cancer du poumon, plus grande que celle qui a été enregistrée pour l'ensemble des États-Unis. Ces données ont récemment été publiées dans le *New England Journal of Medicine*, en ce qui concerne plus particulièrement les maladies cardio-vasculaires.

La difficulté à fournir autre chose que de petites analyses pilotes de rentabilité s'explique par le fait que personne dans le monde n'a adopté une politique nationale et n'y a consacré des ressources assez longtemps pour savoir de quoi il retourne.

**Dre Mills:** J'ai un tableau qui vous donnera un aperçu des études de rentabilité. Je n'ai pas pu le déposer aujourd'hui parce que nous n'avons pas eu le temps de le faire traduire, mais nous pouvons vous le fournir plus tard. Si vous me le permettez, je vais vous donner quelques exemples que vous trouverez probablement intéressants.

Le ratio avantages-coûts est de trois pour un dans le cas des casques de bicyclette. Dans le domaine de la santé dentaire, chaque dollar consacré à la fluoruration de l'eau entraîne des économies de 80 \$ au chapitre des coûts des soins dentaires. La supplémentation en acide folique a un ratio avantages-coûts de 4,3 pour 1 tandis que le ratio est de 6,1 pour 1 dans le cas de l'enrichissement des produits céréaliers destiné à prévenir les anomalies du tube neural. J'ai de la difficulté à trouver la ligne exacte, mais de nombreuses études d'immunisation montrent des économies de coût nettes. La lutte contre les abus de drogue révèle des économies de 15 \$ pour chaque dollar dépensé. De nombreuses questions demeurent sans réponse, mais nous avons la preuve que certains programmes fonctionnent.

Un des problèmes tient à ce que les économies sont réalisées dans le secteur des soins de santé et à ce que les gens qui doivent prendre les décisions au sujet des investissements dans la prévention ne sont souvent pas ceux qui subventionnent les traitements. Donc, on investit à un endroit et on réalise des économies ailleurs, et les investissements actuels ne donneront des résultats que dans deux, trois, cinq, dix, vingt ou trente ans. Il est difficile de persuader les gens qui ont d'urgentes priorités d'investir dans des priorités importantes qui n'ont pas la même urgence.

**Le sénateur Graham:** Vous avez dit que les fonds consacrés à la promotion de la santé en Nouvelle-Écosse étaient insuffisants. Comment cette province se compare-t-elle aux autres?



**Dr. MacLean:** Unfortunately, they are quite similar. There is no one that I am aware of in this country who is putting in the kind of resources that would be needed. The investment, overall, compared to what we are putting in, is relatively modest.

If you look at disease rates and also risk factor rates, you see a very distinct pattern in Canada. Everything gets worse as you come east. Smoking rates in British Columbia are much lower than in Nova Scotia. Weight levels are much better in the west. Physical activity levels are better. The British Columbia government has not spent large amounts, but they have spent more than we have on a per capita basis.

There is a dose-response relationship here. The more you spend, to a degree, the more you get. It only makes sense. To some degree, the richer provinces have spent more money and have better statistics to show for it.

**Senator Morin:** I would like to come back to Senator Kirby's question concerning the effectiveness of prevention on cost reduction. There is no doubt that it prevents premature death and premature disability. I do not disagree. I am all in favour of.

However, we were told over and over again that by far the most expensive year of our life is the last year of our life, whenever it happens. It could happen at the age of 17, at 50 or at 85. Whenever, that last year is the most expensive.

As we grow older, become 85 years of age, we reach a point where new diseases affect us that are unfortunately not preventable at the present time — Alzheimer, all sorts of cancers, although some cancers are preventable, the great such a prostate, breast and so forth, are not preventable — and osteoarthritic problems, and so forth. Unfortunately, in those areas and in those age groups, prevention is not as effective as it would be in a child or a young adult.

My question, then, is: out of the \$80 billion that we are spending on health care, how much real savings are we gaining if we consider that about 80 per cent of what we spend on health care is in the last year of life? There will always be for all of us, unfortunately, a last year of life. We all go to hospital, at one point, and suffer from a disease that will be our final disease, and that will be expensive. We cannot get around that. Unfortunately, I do not think that prevention plays a great role in that. I am not saying that prevention is not important. Of course it is. No one believes that it is not, and I think we are doing a poor job. The position of our government at the present time on smoking is terrible. There is certainly a lot to be done.

However, I do not think we should look at it specifically as though we are considering orders of magnitude as a great cost saver. It is very difficult to say, but I do not think we can do that, in the long run. I would like your opinion on that.

I have another point to make, just for information here. When we are talking about the direct costs of disease, we know the economic burden. When we talk about the indirect costs, we are

**Dr. MacLean:** Malheureusement, la situation est à peu près la même partout. Je ne connais aucune province qui investit le type de ressources nécessaires. Par comparaison à l'ensemble des dépenses, les investissements sont relativement modestes.

Si vous regardez les taux d'atteinte et les taux relatifs aux facteurs de risque, vous verrez une courbe très distincte au Canada. Tout est pire dans l'Est. Les taux de tabagisme en Colombie-Britannique sont beaucoup plus bas qu'en Nouvelle-Écosse. Les niveaux de poids sont bien meilleurs dans l'Ouest. Les niveaux d'activité physique le sont aussi. Le gouvernement de la Colombie-Britannique n'a pas dépensé de grosses sommes, mais ses dépenses par habitant ont été supérieures aux nôtres.

Il y a ici une relation dose-effet. Plus on dépense, jusqu'à un certain point, plus l'effet est grand. C'est normal. Jusqu'à un certain point, les provinces plus riches ont dépensé plus d'argent et les résultats obtenus y sont supérieurs.

**Le sénateur Morin:** J'aimerais revenir à la question du sénateur Kirby au sujet de l'efficacité de la prévention pour ce qui est de la réduction des coûts. Il ne fait aucun doute qu'elle empêche les décès et les invalidités précoces. Je n'ai rien contre. Je suis tout à fait en faveur.

Cependant, on nous a répété maintes et maintes fois que l'année la plus coûteuse de notre vie est la dernière, peu importe l'âge. On peut mourir à 17, 50 ou 85 ans. Peu importe, la dernière année de notre vie est celle qui coûte le plus cher.

Lorsque nous vieillissons, à 85 ans, nous atteignons un âge où nous souffrons de maladies qui ne sont malheureusement pas inévitables pour le moment — Alzheimer, toutes sortes de cancers, bien que certains puissent être prévenus, mais pas le cancer de la prostate ou du sein, l'arthrose et ainsi de suite. Malheureusement, dans certains cas et à un âge avancé, la prévention n'est pas aussi efficace qu'elle l'est pour un enfant ou un jeune adulte.

Ma question est la suivante: sur les 80 milliards de dollars que nous dépensons pour les soins de santé, quelles sont les économies réelles lorsque nous considérons qu'environ 80 p. 100 des sommes dépensées pour les soins de santé le sont au cours de la dernière année de la vie? Nous devons malheureusement tous passer par là. Nous finirons tous un jour par nous retrouver à l'hôpital et par souffrir d'une maladie qui nous emportera, et ce sera coûteux. Nous ne pouvons pas y échapper. Malheureusement, je ne pense pas que la prévention ait un grand rôle à jouer dans tout cela. Je ne veux pas dire que la prévention n'est pas importante. Bien sûr, elle l'est. Personne ne pense le contraire et je crois que nous nous y prenons mal. La position de notre gouvernement au sujet du tabagisme à l'heure actuelle est terrible. Il y a certainement beaucoup à faire.

Cependant, je ne pense pas que nous devrions nous arrêter surtout à l'ordre de grandeur des coûts. C'est difficile à dire, mais je ne crois pas que ce soit la chose à faire, à long terme. J'aimerais avoir votre opinion à ce sujet.

Il y a une autre chose que j'aimerais savoir. Quand on parle des coûts directs de la maladie, on veut bien sûr parler du fardeau économique. Quand on parle des coûts indirects, on entend par là



talking, of course, about lost wages, but what else are we talking about when you are talking about indirect costs?

**Dr. Mills:** We are talking about lost wages, principally, and disabilities.

**Senator Morin:** Disability, in what respect?

**Dr. MacLean:** Pension plans. For example, the payout in the Canada Pension Plan for under age pensioners, 30 per cent is due to heart disease.

**Senator Morin:** Then here is my question: If someone falls sick at the age of 87 years, what is the indirect cost of disease for that person?

**Dr. MacLean:** Indirect costs become less certain.

**Senator Morin:** Is it nil? If it is not nil, what are they? I am just asking out of curiosity.

**Dr. Gully:** It is a cost to the family. It is the cost to the family of caring for the individual.

**Senator Morin:** That is indirect. In Germany, for example, where they actually pay the family member to take care of the person, this would now become direct?

**Dr. Gully:** Yes, it could be. That is correct.

**Senator Morin:** I will move quickly to Dr. Gully. I was surprised at your page 11 where you state that the aboriginal population has a lower rate of tuberculosis than the general population.

**Dr. Gully:** This is the percentage of cases.

**Senator Morin:** It is not per population?

**Dr. Gully:** No. It is not the rate.

**Senator Morin:** We know that the most cost-effective preventative measure for chronic disease is smoking cessation. For the existing diseases at the present time, what, in your opinion, would be the most cost-effective preventative measure? My question is for Dr. Gully, with respect to infectious disease?

**Dr. Gully:** For infectious disease? Immunization.

**Senator Morin:** But the diseases for which you are immunizing are almost non-existent. What would it be for an existing disease?

**Dr. Gully:** The cost benefit is in preventing the disease. If we did not invest in immunization, then the diseases would undoubtedly come back.

If we were to exclude immunization, I believe that it would be the reduction in transmission of sexually transmitted diseases such as HIV and blood-borne pathogens such as HIV and Hepatitis C.

**Senator Morin:** There are cost-effective measures to do that?

**Dr. Gully:** There are cost-effective measures for doing it. However, the targeting of those measures is extremely important, and therefore the strategies and the tactics have to change

le salaire perdu, mais quels sont les autres éléments que vous faites entrer dans les coûts indirects?

**Dre Mills:** Nous voulons surtout parler du salaire perdu et des invalidités.

**Le sénateur Morin:** Des invalidités, dans quel sens?

**Dr MacLean:** Des régimes de retraite. Par exemple, 30 p. 100 des prestations du Régime de pensions du Canada versées à des pensionnaires qui n'ont pas l'âge de la retraite sont attribuables à des maladies cardiaques.

**Le sénateur Morin:** Voici donc ma question: Si quelqu'un tombe malade à l'âge de 87 ans, quels sont les coûts indirects de la maladie pour cette personne?

**Dr MacLean:** Les coûts indirects deviennent moins certains.

**Le sénateur Morin:** Il n'y en a pas? S'il y en a, quels sont-ils? Je vous pose la question par curiosité.

**Dr Gully:** Il y a des coûts pour la famille. Il s'agit des coûts que la famille doit assumer pour s'occuper de cette personne.

**Le sénateur Morin:** Ce sont des coûts indirects. En Allemagne, par exemple, où on verse de l'argent à un membre de la famille pour s'occuper de la personne malade, il s'agirait donc d'un coût direct?

**Dr Gully:** Oui. C'est exact.

**Le sénateur Morin:** Je vais passer rapidement au Dr Gully. J'ai été surpris de lire à la page 11 de votre mémoire que la population autochtone a un taux de tuberculose plus bas que l'ensemble de la population.

**Dr Gully:** Il s'agit du pourcentage de cas.

**Le sénateur Morin:** Ce n'est pas en fonction de la population?

**Dr Gully:** Non. Ce n'est pas le taux.

**Le sénateur Morin:** Nous savons que la mesure la plus rentable pour la prévention des maladies chroniques consiste à arrêter de fumer. Dans le cas des maladies qui existent actuellement, quelle serait selon vous la mesure de prévention la plus rentable? Ma question s'adresse au Dr Gully. Pour ce qui est des maladies infectieuses?

**Dr Gully:** Pour les maladies infectieuses? L'immunisation.

**Le sénateur Morin:** Mais les maladies pour lesquelles il existe une immunisation sont presque inexistantes. Quelles seraient les mesures à prendre pour une maladie existante?

**Dr Gully:** Il est rentable de prévenir la maladie. Si nous n'investissions pas dans l'immunisation, alors des maladies aujourd'hui rares referaient sans doute surface.

Si nous devons exclure l'immunisation, je crois que ce serait la réduction de la propagation des maladies transmissibles sexuellement comme le VIH et les pathogènes à diffusion hématogène comme le VIH et l'hépatite C.

**Le sénateur Morin:** Il existe des mesures rentables pour le faire?

**Dr Gully:** Il existe des mesures rentables pour le faire. Toutefois, le ciblage de ces mesures est extrêmement important et les stratégies de même que les tactiques doivent changer

constantly because the individuals that one directs those measures to are constantly changing. That is a challenge.

**Dr. MacLean:** Would you like an answer to some of those questions? I should like to speak to some of them, without taking too much time.

**The Deputy Chairman:** Perhaps after some of the other questions.

**Dr. MacLean:** I would like to speak to some of those questions, particularly on the issue that everyone gets old, and we all incur these costs. I would like to address that.

**The Deputy Chairman:** Perhaps you could make a note, Dr. MacLean, and weave that into your answer to one of our other questions.

**Senator Fairbairn:** This is tremendously interesting because we are all, in one way or another, living with it, either ourselves or members of our families. Because of incidents within my family life, I know that prevention is doable and very important. I am wondering whether some of this gets into the area of communication. Even with smoking, on which I agree with Dr. Morin we are not doing a good job. Sometimes it is easier to get people to agree to stop something because it is bad for their health, rather than to begin something that is a new pattern and will have good results.

For example, how long have we had a nutrition guide? We have had for some time the Canada health rules on what are the good things eat. Many people simply do not pay any attention to that until, perhaps, they develop diabetes, or something like that. Particularly in reference to diabète, when the chips are down and you put aside the drugs, the answer you get from good doctors is that you must have the combination of diet and exercise.

I have had evidence in my own family of the astounding result that that combination produces. The opportunity for saving dollars in the area of that and other diseases seems to come down to a solution that, perhaps, is not very scientific. How do you persuade, most effectively, either as a doctor or as a politician? How do you persuade people to do the kinds of things that will have an extraordinary result?

I read about the comments on breast, prostate and bowel cancers. Breast and prostate cancers have certainly been receiving tremendous publicity, activity and effort. Dr. MacLean, you said that there has been little or no improvement in overall outcomes. Is that because we did not know as much before? Why, with the science and the technology that we have now, is it that you are able to say that there has been little or no change in the outcomes?

**Dr. MacLean:** I will answer that last question first, if you do not mind. We have done many of the right things. I am not saying that we have not. Investment in research and treatment should continue. However, we have not done the other obvious things. For example, the breast cancer mortality rates and the rates of breast cancer in Japanese women are one-sixth the rate of breast

constamment parce que les individus visés changent constamment. C'est tout un défi.

**Dr. MacLean:** Aimerez-vous une réponse à certaines de ces questions? Je pourrais rapidement répondre à quelques-unes d'entre elles.

**La vice-présidente:** Peut-être après que d'autres questions auront été posées.

**Dr. MacLean:** J'aimerais répondre à certaines questions, au sujet notamment du vieillissement et des coûts qu'il suppose. J'aimerais en parler.

**La vice-présidente:** Vous pourriez peut-être en prendre note, docteur MacLean, et en parler lorsque vous répondrez à une de nos autres questions.

**Le sénateur Fairbairn:** C'est extrêmement intéressant parce que, d'une façon ou d'une autre, nous vivons tous avec la maladie et nous sommes touchés en nous-mêmes ou par l'intermédiaire des membres de notre famille. Je sais, pour l'avoir vécu dans ma famille, que la prévention est réalisable et très importante. Je me demande si l'information est suffisante dans ce domaine. J'ai bien conscience, comme l'a souligné le sénateur Morin, que nous n'en faisons pas assez dans le domaine du tabagisme. Il est parfois plus facile d'amener les gens à se libérer d'une habitude qui est mauvaise pour leur santé que d'adopter une nouvelle façon de vivre qui se traduira par de bons résultats.

Par exemple, depuis combien de temps avons-nous un guide de nutrition? Les règles de santé qui nous indiquent comment bien nous nourrir existent depuis quelque temps au Canada. Beaucoup de gens ne s'en préoccupent pas jusqu'au jour où ils souffrent de diabète ou d'une autre maladie. Dans le cas du diabète en particulier, quand la maladie est diagnostiquée les bons médecins recommandent, en plus du traitement médical, d'adopter un régime alimentaire sain doublé d'exercice physique.

J'ai constaté dans ma propre famille que cette combinaison produit d'étonnants résultats. En raison des économies que l'on peut ainsi réaliser dans le traitement de cette maladie et de plusieurs autres, cela semble être une solution, bien qu'elle ne soit peut-être pas très scientifique. Comment un médecin ou un politicien peut-il se faire le plus persuasif en la matière? Comment persuader les gens d'adopter des habitudes qui auront un résultat extraordinaire?

J'ai lu les commentaires sur le cancer du sein, de la prostate et des intestins. Les cancers du sein et de la prostate ont bénéficié d'une énorme publicité, de beaucoup d'activités et d'efforts. Vous avez dit, docteur MacLean, que les résultats généraux se sont peu ou pas améliorés. Est-ce parce que nos connaissances étaient insuffisantes auparavant? Pourquoi, malgré les progrès scientifiques et technologiques, affirmez-vous qu'il y a eu peu ou pas de changement dans les résultats?

**Dr. MacLean:** Si vous le voulez bien, je vais d'abord répondre à votre première question. Nous avons pris de nombreuses mesures positives. Je ne dis pas le contraire. L'investissement dans la recherche et le traitement devrait continuer. Cependant, il y a d'autres mesures évidentes que nous n'avons pas prises. Par exemple, chez les femmes japonaises, les pourcentages de cancer



cancer in Canadian women. We know it is not genetics, because Japanese women who move to Canada succumb to the same rate of cancer as Canadian women.

**Senator Fairbairn:** Is it diet?

**Dr. MacLean:** We do not know why. However, we know for a fact that it is one-sixth the rate, but still we do not know the answer. We unravelled the whole issue of cardiovascular disease by doing the Seven Countries Study, which identified the whole process of arteriosclerosis and the risk factors of blood lipids and cholesterol, et cetera. We have not done those studies in the area of breast cancer, yet we have poured billions and billions of dollars into research on it.

I am not suggesting that you need that much money to do this kind of study. However, we have not done the basic epidemiology. We have a massive campaign on breast cancer screening, and I am not necessarily suggesting that it is not effective. However, we do know that, for example, in the United States they do breast cancer screening for women under the age of 50, and not because there is any science to support that. The evidence for breast cancer screening in women is that it is probably a benefit, if you look at the epidemiology and its root, but it is no silver bullet, and never will be. However, one of the things that it does is that it creates what we call a "lead time bias" so that it appears that the five year life expectancy is improved, but, in fact, it has only improved because you diagnosed it earlier, in many cases, with a lead time bias.

Therefore, I suggest that we have not looked at the issues that I think we should have. In other words, we are out of balance in how we approach these issues. Care is important. I would not suggest that we begin neglecting the people who are ill and need treatment. I am saying, though, that we are headed for bankruptcy, unless we can slow that down. We have to balance the system better. We have not really done that to the degree that we could.

There are many other issues that we could look at. No one has even looked at the issue of attempting to document the impact on stomach cancer. A major cause of cancer deaths in our country is now virtually gone. We could do the same thing with breast cancer.

**Dr. Mills:** There is another element with respect to breast cancer mortality, and that has to do with the dose effect that we were talking about in terms of primary prevention. In order to receive the benefits from breast cancer screening, as has been demonstrated in randomized trials, we need to be able to screen 70 per cent of the target population every two years. That means 35 per cent of all women in the target age group every year. Our programs are still fairly new, in relative terms. None of the provincial programs yet has the capacity to succeed in recruiting 70 per cent of the target population over two years. We are still in

du sein et les taux de mortalité qui lui sont reliés équivalent à un sixième du taux de cancer du sein chez les Canadiennes. Nous savons qu'il ne s'agit pas de causes génétiques, puisque l'on enregistre chez les Japonaises qui immigreront au Canada le même taux de cancer que chez les Canadiennes.

**Le sénateur Fairbairn:** Est-ce le régime alimentaire?

**Dr MacLean:** Nous ne connaissons pas la cause. Il est prouvé que le taux est beaucoup plus bas, mais nous ne connaissons pas encore la réponse. Nous avons examiné toutes les maladies cardio-vasculaires dans le cadre de l'étude des sept pays qui a permis de définir tout le processus de l'artériosclérose et les facteurs de risque que constituent les lipides et le cholestérol présents dans le sang, etc. Nous n'avons pas accompli d'études analogues dans le domaine du cancer du sein, et pourtant, nous avons injecté des milliards et des milliards de dollars dans la recherche.

Je ne prétends pas que de telles recherches nécessiteraient autant d'argent. Cependant, nous n'avons pas fait les études épidémiologiques de base. Nous avons lancé une énorme campagne de dépistage du cancer du sein et je ne pense pas nécessairement d'ailleurs qu'elle soit inefficace. Toutefois, nous savons par exemple que les Américains pratiquent le dépistage du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans, bien qu'il n'y ait aucune raison scientifique pour cela. Le dépistage du cancer du sein chez les femmes est probablement utile compte tenu de l'épidémiologie et des origines de la maladie, mais ce n'est pas la panacée et ce ne le sera jamais. Cependant, le dépistage crée ce que nous appelons une «interprétation erronée de la progression», de sorte qu'il semble que l'espérance de vie de cinq années s'est améliorée, alors que c'est simplement que le diagnostic a été fait plus tôt, dans de nombreux cas.

Par conséquent, j'affirme que nous n'avons pas examiné les questions qui me paraissent importantes. Autrement dit, nous avons adopté une approche déséquilibrée par rapport à ces questions. Les soins sont importants. Je ne préconise pas de négliger les personnes malades et qui ont besoin de traitement. Je dis cependant que nous allons tout droit vers l'échec si nous ne ralentissons pas. Nous devons mieux équilibrer le système. Nous ne l'avons pas véritablement fait comme nous l'aurions dû.

Il y a beaucoup d'autres questions que nous pourrions examiner. Personne ne s'est jamais intéressé à l'étude des conséquences sur le cancer de l'estomac. C'est un type de maladie qui était à l'origine de nombreux décès et qui a pratiquement disparu au Canada. Nous pourrions faire la même chose pour le cancer du sein.

**Dre Mills:** La mortalité due au cancer du sein présente un autre élément relatif à la dose-réponse dont nous avons parlé lorsqu'il était question de prévention primaire. Comme les essais randomisés l'ont prouvé, pour que le dépistage du cancer du sein soit efficace, il faut examiner 70 p. 100 de la population cible tous les deux ans. Cela représente chaque année 35 p. 100 de toutes les femmes du groupe d'âge visé. Nos programmes sont encore relativement nouveaux. Aucun des programmes provinciaux n'est en mesure d'examiner 70 p. 100 de la population cible tous les deux ans. Nous en sommes encore à la



the build-up phase of reaching the point where we could begin to identify benefits in mortality reductions. Nevertheless, we are seeing suggestions of the beginnings of a mortality reduction, but it is too early to attribute that to the screening programs.

**Dr. Gully:** If I can make a point about the first question, I think there is a social science behind health promotion. Dr. MacLean's argument about money is that good health promotion costs money and that we have to learn from marketing techniques. The Canada Food Guide is good, but if we were a business, we would not be producing the same guide year after year. We would be marketing and presenting it differently, and it would be targeted differently. We would have new emphases, and so on and so forth.

Therefore, the evidence that health promotion works is correct. It does work in the studies, but when we actually put it into practice, we should not continue to do it in the same way as we have always done it. That comes down to resources and flexibility and inventiveness, and how to put forward those campaigns.

**Senator Fairbairn:** It seems to me that, with the potential that one would have from succeeding at this, that a little more brain power and a larger pocket would be of great benefit to our population, of every age group across the country.

**Dr. MacLean:** Absolutely. I agree that the Canada Food Guide is great; it is an important one, but we have not marketed it at all. We have not spent what Kellogg's spends in a week, on that guide over the past 10 years. These things will not diffuse by osmosis to people. If you want to change habits, particularly in people after they develop them, there is an effort required. Most of the habits that we develop, we develop as children. I could not drink skim milk as an adult because I hated the taste of it. My children today would never touch whole milk, because they hate the taste of it.

We are given different things as children. We have to start a lot of the habits in childhood, so that we do not have to change people's behaviour. It becomes a pattern of healthy living.

**Senator Keon:** You have made the point that the science base is clear. We know where there is science and where there is no science. We know what we can prevent and what we cannot prevent from the science base. Our big problem has been that we cannot get the act together. We listen to a great presentation about population health. However, as we have heard, the population health people are in their silo, and the health care people are in a provincial silo. Therefore, we are not taking these big disease entities and hitting them with everything that we have. As you know, since we have known each other for a very long time, I have made a career out of trying to do that.

phase d'introduction et nous n'avons pas encore atteint le point où nous serons en mesure de connaître des réductions de la mortalité. Néanmoins, nous constatons une diminution des taux de mortalité, mais il est encore trop tôt de l'attribuer aux programmes de dépistage.

**Dr Gully:** J'aimerais faire un commentaire au sujet de la première question. À mon avis, la promotion de la santé doit s'appuyer sur les sciences sociales. Avec son argument concernant les crédits, le Dr MacLean voulait souligner qu'une bonne promotion de la santé est coûteuse et que nous devons nous inspirer des techniques du marketing. Le Guide alimentaire canadien est une bonne chose, mais si nous étions une entreprise, nous éviterions de produire le même guide année après année. Nous ferions des efforts de marketing et nous le présenterions différemment, à des populations différentes. Nous choisirions de nouvelles perspectives, etc.

Par conséquent, il est juste d'affirmer que la promotion de la santé donne de bons résultats. C'est vrai en théorie, mais en pratique, il faudrait éviter de répéter toujours les choses de la même manière. Il faudrait faire appel aux ressources, faire preuve de souplesse et d'inventivité et réfléchir à la planification des campagnes.

**Le sénateur Fairbairn:** Compte tenu du potentiel de succès que présente une telle stratégie, il me semble qu'avec un peu plus d'initiative et une plus grande enveloppe budgétaire, nous pourrions améliorer les résultats pour la population et pour chaque groupe d'âge au pays.

**Dr MacLean:** Tout à fait. Je reconnais que le Guide alimentaire canadien est une bonne chose; c'est un document important, mais son marketing fait pitié. Depuis dix ans, nous n'avons pas dépensé pour sa promotion ce que la compagnie Kellogg dépense en une semaine. Les principes de nutrition ne se répandent pas dans la population par osmose. Si vous voulez amener un changement des habitudes, en particulier chez les gens qui les ont déjà acquises, il faut faire un effort spécial. La plupart des habitudes sont acquises dès l'enfance. Quand je suis devenu adulte, je ne pouvais absolument pas boire du lait écrémé, parce que je n'en aimais pas du tout le goût. Aujourd'hui, mes enfants ne veulent pas toucher au lait entier, parce qu'ils n'en aiment pas du tout le goût.

Beaucoup de choses sont acquises pendant l'enfance. Nous devons inculquer de bonnes habitudes aux enfants, de manière à ne pas avoir à modifier par la suite le comportement des gens. Les bonnes habitudes deviennent des principes de vie saine.

**Le sénateur Keon:** Vous avez expliqué que nous avons les connaissances scientifiques nécessaires. Nous savons où se trouvent ces connaissances et où sont nos lacunes. Nous savons ce que nos connaissances sont capables et incapables de prévenir. Notre gros problème a été notre difficulté à nous organiser. C'est une excellente présentation sur la santé de la population, mais comme nous l'avons vu, il y a un cloisonnement entre les différents intervenants, ceux qui se préoccupent de la santé de la population et le personnel provincial des soins de santé. C'est l'effet de silo. Par conséquent, nous ne pouvons pas nous attaquer à ces grandes maladies avec tous les moyens dont nous disposons.

Let me hear you speculate about how this Senate committee could influence the authorities at the federal and provincial levels to use the science that we have, to stop wasting money on the science that we do not have, and to fund our health care system on a program basis — the big entities, and to make all our decisions on scientific outcomes. How can we do that?

**Dr. MacLean:** I wish I knew. We definitely need infrastructure to deliver the programs. We have infrastructure when it comes to care. Even in Nova Scotia, if you fall down and break your leg in a rural area, they will pick you up in the fanciest ambulance you ever saw and whip you off to the hospital where there are all kinds of people and facilities that will fix you up and spit you out. That huge infrastructure is there, and is maintained. However, if you go into the same community and say, “I want my dose of prevention,” you will be talking to yourself. There is no one there and no infrastructure in place to deal with this. We have to look at an infrastructure issue and policy issue.

One of the unfortunate things about health reform across the country is that, in my view, it is devastating the public health system of the country, which is a mere shadow of what it was 20 years ago. Again, it is being marginalized by this concentration on how to get the money to treat people. The only thing left is the bare bones of communicable disease control, and even that is wearing thin, as I think Walkerton showed us.

One thing I would suggest is that the federal government use its time-honoured way of influencing provinces, which is the 50-cent dollars. The federal government could start by making a policy priority of trying to increase the infrastructure for prevention, because they have to work with the provinces on these issues. Starting to advance funding in this way would help build and sustain infrastructure over time. They could start by funding.

We have never had a cost-shared process for public health. We have dealt with the aspects of hospitalization and physicians and so on, but some people say we have an unbalanced system because we only have two legs on the stool. We have to put the third leg on, which is trying to cost-share on some of these basic infrastructures that would lead towards prevention.

The public health system as it is now cannot take this role on, but it could re-tool itself — I really mean “re-tooling” itself — if it were given the appropriate resources and mandate to do this. Public health in Canada today has a mandate and responsibility for communicable disease control, and it does not accept a mandate for non-communicable disease control. That is one way to start.

We have to fund some of the research. There is a certain amount of research on these issues. I am very excited by the Canadian Institutes of Health Research and their big increase in budgets, but I am also very sceptical on how much of that will go

Nous nous connaissons depuis très longtemps et vous savez que c'est un de mes chevaux de bataille.

Laissez-moi vous demander comment notre comité du Sénat pourrait inciter les autorités provinciales et fédérales à utiliser les connaissances scientifiques que nous avons, à arrêter d'investir de l'argent pour acquérir les connaissances scientifiques qui nous manquent et à financer notre système de soins de santé en mettant l'accent sur des programmes cibles importants afin de prendre toutes nos décisions sur les objectifs scientifiques que nous voulons atteindre. Comment pouvons-nous y parvenir?

**Dr MacLean:** J'aimerais bien le savoir. Nous avons absolument besoin d'une infrastructure pour la prestation des programmes. Pour les soins, l'infrastructure existe. Même en Nouvelle-Écosse, si vous tombez, que vous vous cassez la jambe à la campagne, on viendra vous chercher dans l'ambulance la plus moderne pour vous conduire à l'hôpital où vous serez soigné par toutes sortes de spécialistes et dans les meilleures installations. Cette énorme infrastructure existe et fonctionne. En revanche, dans le même village, la prévention est totalement nulle. Il n'existe personne et aucune infrastructure pour la prévention. Nous devons nous pencher sur cette question d'infrastructure et de politique.

À mon sens, la réforme de la santé a notamment pour conséquence regrettable de détruire le système de santé publique du pays qui n'est plus déjà que l'ombre de ce qu'il était il y a 20 ans. Il continue d'être marginalisé par la concentration du financement dans le traitement des malades. Il ne reste plus que la structure de contrôle des maladies contagieuses qui est elle-même très fragilisée, comme nous l'a démontré la crise de Walkerton.

Je souhaiterais que le gouvernement fédéral revienne à sa traditionnelle façon d'influencer les provinces, par les programmes à frais partagés. Le gouvernement fédéral pourrait commencer par se donner pour priorité d'augmenter l'infrastructure de la prévention, étant donné qu'il doit collaborer avec les provinces sur ces questions. Le financement permettrait d'établir et d'entretenir l'infrastructure. Le gouvernement pourrait commencer par le financement.

En matière de santé publique, le processus de coûts partagés n'a jamais existé. Divers aspects tels que l'hospitalisation et le traitement par un médecin ont été réglés, mais certains affirment que notre système est bancal car il ne repose que sur deux piliers. Nous devons lui ajouter un troisième pilier, en l'occurrence le partage des coûts de certaines infrastructures de base qui permettraient d'encourager la prévention.

Le système de santé publique actuel ne peut pas assumer ce rôle, mais il pourrait se doter de nouveaux instruments s'il disposait des ressources et du mandat appropriés pour le faire. Au Canada de nos jours, le mandat et les responsabilités des autorités de la santé publique portent sur le contrôle des maladies transmissibles mais absolument pas sur celui des maladies non transmissibles. On pourrait commencer par là.

Il nous faut des fonds pour la recherche. Certaines recherches se font déjà sur ces questions. Je suis très heureux de l'existence des Instituts de recherche en santé du Canada et des grosses augmentations de budget qu'ils ont obtenu, mais je suis aussi très



to health promotion and disease prevention, and so on. I work in a medical school where there are all kinds of basic scientists, and they have not stopped grinning and rubbing their hands yet.

**Dr. Gully:** I am a public health physician, as are Dr. MacLean and Dr. Mills. My colleagues in England are involved in the health care system and analyzing the cost-effectiveness of the system. They are able to bring epidemiological science and other sciences to that analysis, and the infrastructure is being used in the United Kingdom to do that.

That does not happen in Canada. There has been no tradition of that. In fact, the public health infrastructure is not strong enough to offer that to the health care system. Think of that as a possibility. It is difficult for public health physicians to come in and talk to clinicians, but that is what we might have to do. It may bring the scientific basis or analysis that might be useful.

**Senator Keon:** I should like to ask Dr. Gully an important question, and I hope I am not being unfair because you may not have dealt with this lately. In the years that I served on various advisory committees, one of the big issues we kept addressing was the global safety net. Every time we got a big environmental scare or a big infectious disease scare, the issue surfaced again, but it seems to me we never got our act together to put the pieces in place, whether through World Health or anyone else. When something happens, we flip down to Atlanta or to Dalhousie to see if they have the answer; we flip out to Winnipeg; we try to cobble the solution together, piecemeal. The global safety net has not come together.

Can you bring us up to date in terms of infectious diseases and environmental threats in public health?

**Dr. Gully:** That is an issue, undoubtedly, and there is always a difficulty in balancing resources put into immediate issues with issues such as chronic diseases. I think that we are perhaps a little further on than we were before, especially relating to the Health Canada laboratory in Winnipeg, which is undoubtedly becoming more active and able to deal with external threats such as Ebola, which we could not do before.

In addition to that, through the Canadian Institute of Health Research government scientists will now be able to have access, or request, or bid for those funds and do research which, in fact, has public health significance nationally, as is certainly demonstrated by some of the money going into the Winnipeg laboratory and elsewhere as well. The infrastructure is improving; however, it is always difficult to make a bid for contingency funds for new threats.

The surveillance for West Nile virus this year will cost \$2.5 million, which has to be new money from somewhere. It is either that, or we take it from somewhere else. It is a very minute issue in terms of mortality and perhaps morbidity. On the other

sceptique quant à la part de ces budgets qui ira à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, etc. Je travaille dans une école de médecine où l'on trouve toutes sortes de spécialistes des sciences fondamentales qui n'arrêtent pas de sourire et de se frotter les mains.

**Dr Gully:** Je suis un médecin de la santé publique, comme les Drs MacLean et Mills. Mes collègues en Angleterre s'intéressent au système de soins de santé et analysent sa rentabilité. Ils sont en mesure d'effectuer cette analyse à la lumière des sciences épidémiologiques et d'autres sciences et l'infrastructure est habituée à cette façon de fonctionner au Royaume-Uni.

Ce n'est pas le cas au Canada. Il n'existe aucune tradition en ce sens. De fait, l'infrastructure de la santé publique n'est pas assez solide pour offrir un tel appui au système de soins de santé. Imaginez cette possibilité. Il est difficile pour des médecins de la santé publique de s'adresser à des cliniciens, mais pourtant, c'est peut-être ce que nous devons faire. Ce sera peut-être le moyen d'obtenir la base ou l'analyse scientifique dont nous avons besoin.

**Le sénateur Keon:** J'aimerais vous poser une question importante, docteur Gully, espérant que cela ne vous placera pas dans une situation délicate puisque vous n'y avez peut-être pas réfléchi dernièrement. À l'époque où je siégeais dans divers comités consultatifs, une des grandes questions qui revenait toujours sur la table concernait le dispositif global de protection. La question revenait sur le tapis chaque fois qu'on était confronté à une crise environnementale ou une grosse épidémie de maladie infectieuse, mais il me semble que nous ne nous sommes jamais organisés pour mettre un système sur pied, par l'intermédiaire de l'Organisation mondiale de la santé ou d'un autre organisme. Lorsqu'il se produit quelque chose, nous filons à Atlanta ou à Dalhousie pour trouver une solution; nous filons à Winnipeg pour tenter de parer au plus pressé. Mais nous n'avons pas encore de dispositif global de protection.

Pouvez-vous nous parler des mesures d'hygiène publique concernant les maladies infectieuses et les menaces environnementales?

**Dr Gully:** C'est un problème évidemment et il est toujours difficile d'équilibrer les ressources entre les questions urgentes et les maladies chroniques. Je pense que nous avons fait peut-être quelques progrès, surtout sur le plan du laboratoire de Santé Canada à Winnipeg qui est sans aucun doute plus actif et plus à même qu'auparavant de juguler des menaces extérieures telles que le virus Ebola.

Par ailleurs, grâce aux Instituts de recherche en santé du Canada, les scientifiques du gouvernement pourront désormais avoir accès à ces fonds, en faire la demande ou présenter une soumission afin d'effectuer des recherches ayant une importance nationale pour l'hygiène publique, comme c'est le cas au laboratoire de Winnipeg et dans d'autres établissements. L'infrastructure s'améliore, mais il est toujours difficile d'obtenir des fonds d'urgence pour parer aux nouvelles menaces.

Cette année, la surveillance du virus du Nil occidental coûtera 2,5 millions de dollars. Il faudra bien trouver cet argent quelque part. Sinon, il faudra le prendre ailleurs. Ce virus n'a pas une grande incidence sur le plan de la mortalité et peut-être même de



hand, the Canadian public wants to know what is going on, which will be costly. We are perhaps slightly better organized than we have been in the past, and the Winnipeg laboratory helps, but certainly we have a long way to go.

In terms of information infrastructure, money being put into that area by the federal government will be a distinct advantage, and therefore the networking and the ability to share information and gather information from provinces and territories and collect information over the Internet is certainly advancing, and is much better than previously.

**Senator Keon:** There is still no form of structure, is there? There are still no global links.

**Dr. Gully:** Do you mean global links relating to other countries?

**Senator Keon:** Yes.

**Dr. Gully:** One of the problems with that is we often look to WHO, and it does have a better infrastructure for communicable disease control than it did previously, but WHO is not well funded. Therefore, inevitably the well-funded disease control agencies, such as CDC, are often able to be there offering resources before the rest of us are, although I might say that, internationally, they often wish they had Canadian involvement. However, not having a very strong infrastructure in WHO is not helpful in developing that global infrastructure.

**Senator Robertson:** Senator Morin asked a question about that last year of life being so very expensive. I did have an opportunity, Dr. MacLean, to peek into your document, and I was pleased to see your reference to Finland. Would that same percentage hold up in Finland?

**Dr. MacLean:** It very well might, in the sense that the Finns started with much bigger problems in the early 1970s when they tried to tackle these things than we had. I would reiterate that these are disease processes. That does not mean if we do away with them, we will never die. That is not the case, obviously. There are aging processes which will do us in, as appropriately they should. For example, heart attacks and strokes, and so forth, result from arteriosclerosis or hardening of the arteries, which is a disease process. The cardiovascular system does age, but it is not that process. The outcome of the disease process is heart attacks and strokes; the outcome of the aging process is heart failure. What happens with heart failure is you live to be 90, and you go to bed and you die in your sleep. Heart attack or stroke is when you get ill earlier and you must go through 10 years of care. This is an idealized sort of process.

I suggest that if you look at the studies that have been done, and I quote a number of them, people who have less risks and live a healthier lifestyle, are physically active and eat a better diet and do not smoke, cost a lot less money at every age group, even in the last year of life.

la morbidité. En revanche, le public canadien veut être tenu au courant et c'est cela qui coûte cher. Nous sommes peut-être mieux organisés que par le passé, grâce au laboratoire de Winnipeg, mais nous avons encore beaucoup de chemin à faire.

Pour ce qui est de l'infrastructure de l'information, les fonds injectés dans ce domaine par le gouvernement fédéral auront certainement un effet positif, si bien que la création de réseaux et l'échange et la collecte d'informations entre les provinces et territoires ainsi que sur Internet sont en progrès, ce qui représente une amélioration.

**Le sénateur Keon:** Mais il n'y a toujours pas de structure? Il n'y a toujours pas de liens mondiaux.

**Dr Gully:** Vous voulez dire des liens avec d'autres pays?

**Le sénateur Keon:** Oui.

**Dr Gully:** Un des problèmes c'est qu'on se tourne souvent vers l'OMS qui a une meilleure infrastructure pour le contrôle de maladies infectieuses qu'auparavant, mais l'OMS n'est pas suffisamment financée. C'est pourquoi, les organismes de contrôle des maladies infectieuses mieux financés tels que le CDC sont souvent inévitablement en mesure d'offrir leurs ressources avant les autres établissements tels que les nôtres, même si, à l'échelle internationale, ils souhaiteraient souvent bénéficier de la participation du Canada. Cependant, le fait de ne pas disposer d'une infrastructure très solide à l'OMS n'aide pas à l'établissement d'une infrastructure mondiale.

**Le sénateur Robertson:** Le sénateur Morin a posé une question sur le coût très élevé de la dernière année de vie. J'ai eu l'occasion, docteur MacLean, de feuilleter votre document et j'y ai trouvé votre référence à la Finlande. Est-ce que le même pourcentage s'applique également en Finlande?

**Dr MacLean:** Cela se pourrait très bien, dans le sens que les Finlandais ont été confrontés à des problèmes beaucoup plus graves que nous au début des années 70. Je répète que ce sont des processus morbides. La neutralisation de ces processus ne signifie pas bien sûr que nous pourrions échapper à la mort. Nous succomberons comme il se doit au processus de vieillissement. Par exemple, les crises cardiaques, les hémorragies cérébrales, etc., sont les résultats de l'artériosclérose ou durcissement des artères, qui est un processus morbide. Le système cardio-vasculaire vieillit, mais ce n'est pas un processus morbide. Le processus morbide se traduit par des crises cardiaques et des congestions cérébrales; le résultat du processus de vieillissement est l'arrêt cardiaque. C'est le cas typique d'une personne âgée de 90 ans qui meurt dans son sommeil d'un arrêt cardiaque. La crise cardiaque ou la congestion cérébrale est un problème de santé qui vous contraint à passer dix années de votre vie à vous soigner. C'est une sorte de processus idéalisé.

Si vous consultez les études existantes — j'en ai citées plusieurs — vous constaterez que les individus qui présentent le moins de risque et qui mènent une vie plus saine, qui sont actifs physiquement, qui mangent mieux et ne fument pas, coûtent beaucoup moins d'argent, quel que soit leur groupe d'âge, même au cours de la dernière année de leur vie.

There is one study I quote where a large HMO — health maintenance organization — from the United States categorized their patients into groups who were not overweight, did not smoke and exercised at least three times a week, which is not much, and people who smoked, were overweight and did not exercise, and they followed them for eight years. The people with the better lifestyle cost the HMO 50 per cent less in health care. We spend \$86 billion. Just by that extrapolation alone, which I realize you cannot do, we would save \$40 billion. That is a great deal of money and those are feasible goals.

**Senator Morin:** Were you talking about the last year of life?

**Dr. MacLean:** It is not the last year, but what I am trying to say is that you can make the last year of your life much less expensive than it is now.

**Senator Robertson:** There is much going on in sustainable longevity, internationally. I have been fascinated by some of the statistical evidence and wondering how accurate it is and how it could relate to what we are not doing. We do not even have our kids exercising in the school system any more. It is disgraceful that they do not learn earlier.

I wish we had more time because this is refreshing and interesting. I personally believe that we must concentrate on this area to get the population healthy.

I feel that that last year of life is very important. In Canada, I do not know if we have done any separation of the health benefit systems in the agricultural areas compared to the urban areas. Do we have statistical evidence on the differences? Many older people remain in the agricultural communities. It is usually the young people who move to the urban areas.

**Dr. MacLean:** There is data on different disease rates, but again, surprisingly, we are a fairly homogeneous country and there are urban-rural shifts in some illnesses, but it is not as great as you would think.

**Senator Robertson:** Over the years we have read much about children in the home, and that is where most of their accidents and their problems occur. Is that still true? Have we not done a good job of educating parents on how to keep their homes healthy?

**Ms Nancy Garrard, Director, Division of Aging and Seniors, Health Canada:** There has been a downward trend in children's injuries that has resulted from safety messages out in the home as well as child restraint seats and safer driving. There has been a major reduction in motor vehicle collisions. There is still a sizeable problem that we think is preventable, and the best evidence suggests that there is a large amount of product safety and playground safety that could reduce it, as well as general education about keeping a safe environment and safe parenting. Watching your children will reduce accidents, as well as reduction

J'ai cité une étude qui donne le cas d'une OSSI — organisation de soins de santé intégrés — des États-Unis qui avait procédé au classement de ses patients en divers ensembles regroupant ceux qui n'étaient pas obèses, qui ne fumaient pas, qui faisaient de l'exercice au moins trois fois par semaine, ce qui n'est pas beaucoup, et ceux qui fumaient, qui étaient obèses et qui ne faisaient pas d'exercice. Ces patients ont été observés pendant huit ans. L'organisation a dépensé deux fois moins en soins de santé pour les personnes menant une vie saine. Au Canada, nous dépensons 86 milliards de dollars. Une simple extrapolation révèle que nous pourrions économiser 40 milliards de dollars. Je comprends que cette extrapolation est impossible pour vous, mais cela représente beaucoup d'argent et ce sont des buts réalisables.

**Le sénateur Morin:** Est-ce que vous parlez de la dernière année d'existence?

**Dr MacLean:** Non, il ne s'agit pas de la dernière année d'existence, mais j'essaie de démontrer qu'il est possible de rendre la dernière année d'existence beaucoup moins coûteuse qu'elle ne l'est actuellement.

**Le sénateur Robertson:** On parle beaucoup de la longévité viable, au niveau international. J'ai été fascinée par certaines données statistiques et je me demande quel est leur degré de précision et dans quelle mesure elles s'appliquent à ce que nous faisons. À l'école, les enfants ne font même plus d'exercice. C'est vraiment dommage de ne pas leur donner plus tôt de bonnes habitudes.

Le débat est rafraîchissant et intéressant et j'aimerais avoir plus de temps. Je crois personnellement que nous devons mettre l'accent sur cet aspect pour encourager la santé de la population.

Il me semble que la dernière année de la vie est très importante. Je me demande si l'on a comparé les systèmes de prestation de soins de santé en milieu rural et en milieu urbain. Est-ce qu'il existe des statistiques sur les différences? Beaucoup de personnes âgées continuent d'habiter dans les localités rurales. Ce sont généralement les jeunes qui s'installent dans les villes.

**Dr MacLean:** Il existe des données sur les différents taux de maladie, mais étonnamment, la situation est assez homogène au pays et s'il existe des différences entre les secteurs urbains et les secteurs ruraux, elles ne sont pas aussi grandes que vous le pensez.

**Le sénateur Robertson:** Depuis quelques années, on a beaucoup entendu parler de la sécurité des enfants à la maison. Est-il toujours vrai que la plupart des accidents et des problèmes se produisent à la maison? N'a-t-on pas réussi à éduquer les parents sur la façon de maintenir la sécurité au foyer?

**Mme Nancy Garrard, directrice de la Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada:** Les blessures sont à la baisse chez les enfants grâce à l'éducation à la sécurité au foyer ainsi que grâce au siège-auto et à la prudence au volant. Les collisions de véhicules automobiles ont nettement diminué. Nous estimons qu'il est encore possible de prévenir beaucoup d'autres problèmes en améliorant la sécurité des produits et la sécurité des terrains de jeux ainsi qu'en faisant la promotion générale des environnements sûrs et de l'éducation des parents. La surveillance des enfants permet de réduire les accidents, ainsi que les collisions



of motor vehicle collisions related to inexperience and drinking and driving.

**Senator Robertson:** What about the chemicals we use in our home that are contained in cleaning supplies? Is there anything being done about that?

**Dr. Gully:** I cannot give you the information but we could get the information for you. We have a surveillance system for childhood injury and we could look at the data relating to consumer products in relation to that.

**Senator Robertson:** In our medical schools, what percentage of instruction concentrates on prevention?

**Dr. MacLean:** Sadly, not as much as it should. I can only comment on my own medical school. We have made inroads. My own department, which largely carries the can for this kind of curriculum, has increased its hours of instruction over the last seven to eight years. However, it is a difficult issue because the curriculum time is jealously guarded, and it is hard to get this into the curriculum. Students are interested early on in their medical school careers. They are not that interested once they are exposed to the blood and guts. However, they are certainly interested in the early years, and that is when we try and interest them and plant some seeds.

I would suggest the major deficiency is in the area of nutrition. Most physicians, unfortunately, have information that is probably not enough to even give reasonable guidance to people.

**Senator Robertson:** Nutrition and aging.

**Dr. MacLean:** Yes.

**Senator Cook:** Thank you for a most informative presentation. There is one subject that I have not heard anything about and that I believe impacts on the discussion today, and that is poverty, particularly poverty in children. It is all well for us to talk about the Canada Food Guide. That costs a large amount of money. If children are living in poverty, so are the parents, be they from single-parent or two-parent families.

Have you looked at that aspect as a barrier to wellness and healthy communities? I believe there is a great deal of evidence based on material out there such as with respect to the school programs, with breakfasts and whatever, because hunger impacts on the ability to learn, and we certainly will pay the price for that.

Also, the incidence of smoking at the lower level of income has an impact. I think this is where it will be in the next generation. Just this week in my home province of Newfoundland, I am sad to say, the Department of Education cut their programs in physical education, music and art. If there were any three subjects that would build a healthy community, those are they.

I welcome your comments.

d'automobiles liées au manque d'expérience et à l'alcool au volant.

**Le sénateur Robertson:** Parlons des produits chimiques contenus dans les produits domestiques de nettoyage. Est-ce que l'on prend des mesures à ce sujet?

**Dr Gully:** Je ne peux pas vous donner d'information à ce sujet mais je peux les obtenir pour vous. Nous pouvons consulter le système de surveillance qui contient des données sur les accidents impliquant des enfants et causés par des produits ménagers.

**Le sénateur Robertson:** Dans les écoles de médecine, quel est le pourcentage de l'enseignement qui porte sur la prévention?

**Dr MacLean:** Malheureusement pas autant qu'on le souhaiterait. Je ne peux parler que de mon école de médecine. Nous avons fait des avancées. Mon propre département qui est en grande partie responsable de ce type de programmes scolaires a augmenté les heures d'instruction dans ce domaine depuis sept ou huit ans. Cependant, cela pose problème puisque le temps d'enseignement est jalousement gardé et il est difficile d'intégrer des cours de prévention dans le programme. Au début de leurs études de médecine, les étudiants sont assez intéressés, mais leur intérêt diminue lorsqu'ils passent aux choses sérieuses. Cependant, ils y sont sensibles au début et c'est à ce moment-là que nous essayons de semer quelques graines.

Je crois que c'est dans le domaine de la nutrition que les lacunes sont les plus graves. La plupart des médecins n'ont malheureusement pas suffisamment de connaissances pour donner des conseils raisonnables à leurs patients.

**Le sénateur Robertson:** Sur la nutrition et le vieillissement.

**Dr MacLean:** Oui.

**Le sénateur Cook:** Merci pour votre exposé extrêmement instructif. Il y a un sujet dont il n'a pas été beaucoup question et qui pourtant, à mon avis, a de grandes répercussions sur le sujet du débat d'aujourd'hui. Je veux parler de la pauvreté, en particulier de la pauvreté des enfants. C'est très bien de parler du Guide alimentaire canadien. Il coûte beaucoup d'argent. Si les enfants vivent dans la pauvreté, leurs parents aussi, que ce soit dans les familles monoparentales ou les familles où les deux parents sont présents.

Est-ce que vous vous êtes intéressé à la pauvreté en tant qu'obstacle au bien-être et à la santé des collectivités? Je crois que les données ne manquent pas dans les programmes scolaires qui proposent des petits-déjeuners aux élèves, puisque la faim a une incidence sur la capacité d'apprentissage et je suis certaine que nous en paierons le prix plus tard.

Par ailleurs, l'usage du tabac dans les familles à faible revenu a également des répercussions. Nous devons nous en inquiéter pour la prochaine génération. J'ai le regret d'annoncer que cette semaine le ministère de l'Éducation de ma propre province de Terre-Neuve a supprimé les programmes d'éducation physique, de musique et d'art. Et pourtant, voilà bien trois disciplines qui contribuent à bâtir des collectivités saines.

J'attends vos commentaires.



**Dr. MacLean:** You are absolutely correct. The association and the, as we say epidemiologically, stratification of risk and disease outcome associated with socio-economic status is a strong one. That is evident in my own province of Nova Scotia. Some of the studies that I have been involved with have clearly illustrated this.

Similarly, one of the things that associates with poverty is literacy levels. This has a clear impact on the ability of people to uptake health promotion and disease prevention messages. That has clearly been demonstrated in the literature as well. We know that in many of our disease prevention and health promotion programs, like many other things, the people who derive the most benefit from those messages are people in the higher socio-economic categories. Clearly we must target others, and this is one area I would illustrate for research. I have been in this business for 20 years and, to be honest, we really do not know how to target people in the lower socio-economic strata on how to reach them with our messages. There is no population anywhere that is poor that is healthy.

**Senator Morin:** Is it poverty, or lack of education?

**Dr. MacLean:** From an epidemiological point of view, the gradients are stronger with educational level than income, but I believe there is a great interaction between those two.

**Senator Morin:** You would say it was more education than poverty?

**Dr. MacLean:** It is a difficult call to make. I would suggest that there are relative degrees of poverty. There comes an area of poverty where even if you are educated, you will be unhealthy.

**Dr. Clarence Clotney, Acting Director, Diabetes Division, Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Health Canada:** The point about poverty is certainly an important one, and it touches on a general principle in our ability to essentially provide health promotion and prevention interventions in a sustainable way. Over the past decades we from the public health community have pretty much been involved in interventions that have tended to be a little paternalistic. We have been trying to provide the science of appropriate health education in a "thou shalt do this and thou shalt not do that" kind of atmosphere. We realize that one important factor in ensuring that that behaviour is adopted is by creating an environment that allows the person to make the right choices. It is only by enabling them to do that that you will get the right kind of result.

Poverty is a very important stumbling block or barrier to people having the right kind of environment that allows them to make healthy choices. That factor negates some of our efforts in trying to foster healthy habits. Poverty becomes a fundamental issue to grapple with as we try to look at health promotion and prevention efforts.

**Senator Kirby:** If the federal government were to make available new funds of \$100 million or something of that order of magnitude of money, and we were to recommend to the

**Dr. MacLean:** Vous avez absolument raison. Comme nous le disons en épidémiologie, la stratification des résultats du risque et de la maladie est étroitement liée à la situation socio-économique. On le voit clairement dans ma province de Nouvelle-Écosse. Certaines études auxquelles j'ai participé le démontrent clairement.

De même, le niveau d'alphabétisation est étroitement lié à la pauvreté. Il influe directement sur la capacité des gens à comprendre les messages de promotion de l'hygiène et de prévention des maladies. Les études l'ont également très clairement démontré. Nous savons que les personnes qui profitent le plus des campagnes de prévention des maladies et de promotion de la santé sont, comme pour beaucoup d'autres choses, celles qui appartiennent aux catégories socio-économiques supérieures. Il est évident que nous devons cibler les autres couches de la société et c'est un aspect sur lequel je souhaiterais accroître les recherches. Je travaille dans ce domaine depuis 20 ans et je peux vous dire franchement que je ne sais pas vraiment comment cibler les couches socio-économiques inférieures ni comment y faire parvenir nos messages. Les pauvres en bonne santé, ça n'existe nulle part.

**Le sénateur Morin:** Est-ce la pauvreté ou le manque d'instruction?

**Dr. MacLean:** D'un point de vue épidémiologique, le rapport est plus étroit avec le degré d'éducation qu'avec le niveau de revenu, mais je pense qu'il y a une grande interaction entre les deux.

**Le sénateur Morin:** D'après vous, est-ce plutôt le manque d'instruction ou la pauvreté?

**Dr. MacLean:** C'est difficile à dire. Je crois qu'il existe divers degrés de pauvreté. Il existe un degré de pauvreté où même les personnes éduquées ne peuvent rester en bonne santé.

**Dr. Clarence Clotney, directeur général par intérim, Division du diabète, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada:** La question de la pauvreté est certainement importante et a une incidence générale sur notre capacité à offrir de manière durable des services de promotion de la santé et de prévention. Depuis quelques décennies, le secteur de la santé publique s'est livré à des interventions à caractère plutôt paternaliste. Nous avons présenté l'éducation à la santé comme une sorte de commandement. Nous avons compris qu'il est important de présenter le comportement souhaitable dans un contexte qui permet à chacun de faire les bons choix. C'est seulement de cette manière que l'on peut espérer obtenir de bons résultats.

La pauvreté est un obstacle très important à l'établissement du juste contexte qui permet aux gens de faire des choix sains. Ce facteur va à l'encontre de certains de nos efforts visant à encourager des habitudes saines. La pauvreté est un aspect crucial que nous devons confronter dans nos efforts de promotion de la santé et de prévention.

**Le sénateur Kirby:** Si le gouvernement fédéral mettait à notre disposition de nouveaux crédits de 100 millions de dollars ou un montant équivalent et nous demandait de lui recommander

government where the money should be spent vis-à-vis prevention, recognizing that we cannot do everything, where would you tell us to spend it?

**Senator Morin:** Might I just ask one question before you answer Senator Kirby's question. What do you mean by supporting infrastructure? Earlier on you said that you thought federal government should support infrastructure. What did you mean by that?

**Dr. MacLean:** I would suggest that we could spend the money in ways other than social marketing campaigns.

**Senator Kirby:** The 60-year old Swede would not reappear?

**Dr. MacLean:** Not necessarily, no. I would suggest that prevention measures and the ability to live healthy lives have a greater impact on, of all governments, the municipal level of government. They are afraid of health issues because they do not wish to have those costs downloaded on to their budgets. However, basically, they provide most of the infrastructure that can facilitate health or be the barriers to it, and unfortunately in our country it is largely barriers. Therefore, there is a certain amount of that which is infrastructure.

I do research at a community level and we have an active research program in Nova Scotia. We work with community groups and coalitions and we establish coalitions that come together and bring the existing infrastructure and capacity of the community together, for instance organizations such as the Heart and Stroke Foundation and the Cancer Society are brought together and by virtue of the research funds I am able to give them support in all sorts of areas from secretarial support to research support, and so on, and in that context, we do many things; we develop programs, we lobby municipal governments for smoking by-laws, we build exercise trails, we work with schools, and we do all kinds of things. We have established an infrastructure and built a great web site, called the Health Promotion Web Site. It has all kinds of information that anyone in that community who wants access to information, can get it. Therefore, infrastructure is providing information in an easy way for people to access it.

Some of the support is through providing the appropriate skills to personnel. People who work at community development and bringing people together are not necessarily the doctors. There is a need for other health professionals who are trained in the skills of this area.

Therefore, I would say that where to spend the money is in infrastructure. I would suggest that if we took \$100 million a year in Canada, which would be roughly \$3 per person, we could probably cut heart disease rates in half in 10 years. We could probably reduce them by 50 per cent in 10 years. I base that on an extrapolation of some of the work that we have done in Nova Scotia. If we jumped it up to \$5 per person, we might even make heart disease an uncommon occurrence in 15 years. Some people might think that I am crazy to say that, but we could actually do

comment utiliser cet argent dans le domaine de la prévention, à quel aspect souhaiteriez-vous consacrer ces crédits, sachant qu'il faudrait bien sûr faire des choix?

**Le sénateur Morin:** Permettez-moi de vous poser une question avant de vous laisser répondre à celle du sénateur Kirby. Qu'entendez-vous par appuyer l'infrastructure? Vous avez déclaré un peu plus tôt que le gouvernement fédéral devrait appuyer l'infrastructure. Qu'entendez-vous par là?

**Dr MacLean:** Je voulais dire que nous pourrions dépenser l'argent autrement que dans des campagnes de marketing social.

**Le sénateur Kirby:** Il ne serait plus question du Suédois de 60 ans?

**Dr MacLean:** Pas nécessairement. À mon sens, les mesures de prévention et la capacité à mener une existence saine ont une plus grande incidence sur les administrations municipales. En effet, ces dernières craignent les questions de santé car elles ne veulent pas en assumer les coûts dans leurs budgets. Pourtant, ce sont les administrations municipales qui fournissent essentiellement l'infrastructure qui peut favoriser la santé ou au contraire lui faire obstacle. Et dans notre pays, c'est malheureusement le plus souvent un obstacle. Par conséquent, l'infrastructure joue un assez grand rôle.

Je fais des recherches à l'échelon communautaire et nous disposons en Nouvelle-Écosse d'un programme actif de recherche. Nous travaillons avec les groupes communautaires et les coalitions. Nous créons des coalitions qui réunissent l'infrastructure et la capacité existantes, par exemple des organisations telles que la Fondation des maladies du coeur et la Société du cancer. Les fonds de recherche me permettent de leur offrir un soutien dans toutes sortes de domaines, du soutien administratif au soutien de la recherche. Nous faisons beaucoup de choses; nous élaborons des programmes, nous exerçons des pressions auprès des administrations municipales au sujet des règlements concernant le tabac, nous construisons des pistes de conditionnement physique, nous travaillons avec les écoles, et cetera. Nous avons créé une infrastructure et mis sur pied un grand site Web consacré à la promotion de la santé. Il contient toutes sortes d'informations qui sont mises à la disposition des membres de la collectivité. Par conséquent, l'infrastructure facilite l'accès à l'information.

L'appui se présente aussi sous la forme de la transmission des compétences appropriées au personnel. Ce ne sont pas nécessairement les médecins qui se chargent du développement communautaire et de la constitution des groupes. Il faut faire appel à d'autres professionnels de la santé qui ont les compétences nécessaires dans ce domaine.

C'est pourquoi, je dirais qu'il faut consacrer des fonds à l'infrastructure. Je suis convaincu que si nous disposions chaque année au Canada de 100 millions de dollars, soit environ trois dollars par personne, nous serions probablement en mesure de réduire de moitié le pourcentage de maladies cardiaques d'ici dix ans. La réduction serait sans doute de 50 p. 100 en dix ans. Je m'appuie pour faire cette extrapolation sur des recherches que nous avons faites en Nouvelle-Écosse. Si l'investissement était porté à cinq dollars par personne, les maladies cardiaques



that. Eschemic heart disease or heart attack in a country like Japan and in many other Asian countries is something that is really uncommon.

**Dr. Gully:** I agree, but I am not familiar with the figures. If we build sustainable infrastructure so that the research is done and the evidence is in place, then we have public health nurses, public health physicians and educators. They can then use the research findings to apply to chronic diseases, lifestyles, sexually transmitted diseases, and so on and so forth. However, it needs to be maintained because we have to have the capacity to do surveillance in the population and know where the diseases are, where they are changing, and then be able to intervene. We cannot do that if we do not have that infrastructure.

**Senator Morin:** Infrastructure is people?

**Dr. Gully:** Infrastructure, to a great extent, is people.

**Senator Kirby:** Let me ask you one last question: I am intrigued by the skim milk example, by the way, which makes sense to me, knowing children. If you really want to have long-term success, does it make sense to give up on old people like me, and we intend to put all the prevention efforts into kids? In other words, since we will wash off the end sooner rather than later, and given your children's example, if the trick is to change behaviour early on, because then it stays for your lifetime, why would you not put all of the money only on the kids?

**Senator Graham:** I am sure Senator Kirby is speaking only for himself.

**Dr. Gully:** Who influences children? Parents, grandparents, uncles and aunts influence children.

**Dr. MacLean:** I would suggest as well, from a statistical point of view, that the rapid payoff comes from people who are in the highest disease rate. An investment in people who are 50 will really pay off in terms of reducing the rates of disease, and keeping people healthier.

**Dr. Clotey:** I would suggest that, certainly, there is much to be benefited from across all age groups, without question. I will use diabetes as an example. Oftentimes, we know that the prevalence and incidence of diabetes shoots up significantly after the age of 40. Yet, even though people may actually have prevalent diabetes, the chances of developing complications rise with age. However, these complications can be prevented by the same things that will prevent diabetes in the first place in younger people. Therefore, you can have a multiplicity of benefits by looking at these types of treatments across all age groups.

**Ms Garrard:** To add one more comment to the point about the success of infrastructure, I would say that it is important to take ownership and responsibility in terms of reporting on it. If we reported on a regular basis on how poorly our health is being sustained, and not just on how we die, but on how we live, and be

deviendraient même éventuellement des troubles rares d'ici 15 ans. Je risque de passer pour un fou, mais je suis convaincu que nous pourrions y parvenir. Dans des pays comme le Japon et beaucoup d'autres pays d'Asie, la cardiopathie ischémique ou crise cardiaque est vraiment très rare.

**Dr Gully:** Je suis d'accord, mais je ne connais pas bien les chiffres. Une fois que nous aurons bâti l'infrastructure durable nécessaire aux recherches et que nous disposerons des données utiles, il faudra ensuite réunir les infirmières et médecins de la santé publique et les éducateurs. Ce personnel peut par la suite utiliser les résultats de la recherche afin de lutter contre les maladies chroniques, les maladies transmises sexuellement, les troubles liés au style de vie, etc. Cependant, il faut entretenir l'infrastructure parce que nous devons disposer d'une capacité de surveillance de la population afin de suivre l'évolution des maladies et d'être capables d'intervenir. Cette tâche est impossible si nous n'avons pas l'infrastructure nécessaire.

**Le sénateur Morin:** L'infrastructure, c'est les gens?

**Dr Gully:** Oui, dans une large mesure, l'infrastructure, c'est les gens.

**Le sénateur Kirby:** Permettez-moi de vous poser une dernière question: Je suis intrigué par votre exemple du lait écrémé qui d'ailleurs me paraît très juste, quand on connaît les enfants. Si vous voulez vraiment obtenir des résultats à long terme, ne serait-il pas préférable d'oublier les vieux comme moi et de concentrer tous les efforts de prévention sur les jeunes? Autrement dit, nous, nous allons finir par disparaître sans trop tarder et, compte tenu de l'exemple de vos enfants, pourquoi ne pas miser tous les crédits sur les jeunes, quand on sait qu'un comportement acquis de bonne heure demeure la vie entière?

**Le sénateur Graham:** Je suis certain que le sénateur Kirby parle uniquement pour lui.

**Dr Gully:** Qui influence les enfants? Les parents, les grands-parents, les oncles et les tantes influencent les enfants.

**Dr MacLean:** J'ajouterais également que d'un point de vue statistique, c'est parmi les gens chez lesquels on observe les taux de maladie les plus élevés que l'on obtient les résultats les plus rapides. L'investissement chez des gens de 50 ans produira d'excellents résultats en matière de réduction des pourcentages de maladie et d'amélioration de la santé.

**Dr Clotey:** À mon avis, il y a beaucoup à gagner dans tous les groupes d'âge. Prenons l'exemple du diabète. Nous remarquons souvent que la prévalence et l'incidence du diabète augmentent considérablement après 40 ans. Pourtant, les risques de complications chez les diabétiques augmentent avec l'âge. Cependant, il est possible de prévenir ces complications de la même manière que l'on peut prévenir le diabète chez les jeunes. Par conséquent, ce type de traitement offre une multiplicité d'avantages dans tous les groupes d'âge.

**Mme Garrard:** Au sujet du succès de l'infrastructure, j'aimerais ajouter qu'il est important de se l'approprier et d'assumer les responsabilités en matière d'information. Si nous avons publié régulièrement des informations sur l'état de santé de la nation, précisant pas seulement comment meurent les



held accountable, then all of that would fuel all the energies of individuals and communities toward it. That would include the children and the public education system and the community services. Therefore, it is building on the infrastructure that is important, and it is never too old to change, just as it is never too early.

**Senator Graham:** We are told that infectious diseases such as tuberculosis and pneumonia are becoming increasingly resistant to anti-microbial drugs. Why would that be so?

**Dr. Gully:** There are three reasons: first, there is the issue of medical practice in terms of physicians not use anti-microbials appropriately, although I think that is changing. There is evidence in this country that that is improving. Second, there is the issue of using anti-microbials inappropriately in the agriculture sector, and there I think we have a long way to go, because there is ample evidence that resistance of organisms found in animals can certainly transfer and infect humans. The other issue relates to diseases such as drug-resistant tuberculosis. Such diseases require anti-microbials over a long period of time. It also requires a lot of public health infrastructure to ensure that individuals take those drugs day after day, for at least six to nine months.

We are not too badly off in this country in terms of infrastructure, although that is less true amongst First Nations. The real threat comes from abroad, from Eastern Europe or Russia, where the instance of multiple drug resistant tuberculosis is a huge problem, and therefore the importation of those infections and diseases that are multiple resistant is a problem. It is a medical care system problem, it is an agricultural care system problem, and it is a global problem.

If money is put into it, though, as was shown in New York City where they had a large problem with multiple drug-resistant tuberculosis, then the problem was certainly obviated. Again, however, it is money into a public health infrastructure.

**Senator Graham:** Does Health Canada have, or plan to have, a travel advisory with respect to the United Kingdom?

**Dr. Gully:** In terms of eating beef?

**Senator Graham:** An advisory on travel to and from the United Kingdom.

**Dr. Gully:** There is information on the Health Canada Web site in relationship to eating beef in the United Kingdom. There is evidence provided to people on that.

In terms of any other disease, I do not believe that there is a travel advisory as regards the United Kingdom. However, we do have travel advisories which change daily for other countries across the world.

Canadiens, mais comment ils vivent, en en acceptant la responsabilité, nous aurions galvanisé les énergies des individus et des collectivités. Les enfants, le système d'éducation publique, les services communautaires, tout le monde aurait été concerné. Par conséquent, il est important de s'appuyer sur l'infrastructure et il n'est jamais trop tard, ni trop tôt pour changer.

**Le sénateur Graham:** On dit que les maladies infectieuses telles que la tuberculose et la pneumonie sont de plus en plus résistantes aux médicaments antimicrobiens. Comment expliquez-vous cela?

**Dr Gully:** Il y a trois raisons: la première est une raison médicale dans le sens que certains médecins n'utilisent pas de manière appropriée les médicaments antimicrobiens. Je pense cependant que la situation a changé et certains indices dénotent une amélioration en ce sens au Canada. Deuxièmement, il y a le mauvais usage des médicaments antimicrobiens dans le secteur agricole et dans ce domaine, je crois que nous avons beaucoup de chemin à faire, car de nombreuses recherches ont prouvé que des organismes résistants découverts chez les animaux peuvent certainement se transmettre aux humains et les infecter. L'autre aspect se rapporte aux maladies telles que la tuberculose résistant aux médicaments. Ces maladies nécessitent l'absorption de médicaments antimicrobiens pendant de longues périodes. Elles exigent également une grande infrastructure de santé publique afin de veiller à ce que les malades prennent leurs médicaments jour après jour pendant au moins six à neuf mois.

Au Canada, l'infrastructure est assez bonne, bien que la situation soit moins positive chez les Premières nations. La véritable menace vient de l'étranger, surtout d'Europe de l'Est ou de Russie où les cas de tuberculose résistant aux antituberculeux courants posent un grave problème. L'importation de ces infections et maladies résistant à de nombreux médicaments est un problème. C'est donc un problème qui touche le système de soins de santé et le système de santé vétérinaire, ainsi qu'un problème global.

Cependant, on peut résoudre ce problème en consacrant suffisamment de fonds à la recherche d'une solution, comme cela s'est fait à New York qui était aux prises avec un grave problème de tuberculose résistant aux antituberculeux courants. Là encore, cependant, il faut investir dans l'infrastructure de la santé publique.

**Le sénateur Graham:** Est-ce que Santé Canada a publié ou a l'intention de publier un avis aux voyageurs qui se rendent au Royaume-Uni?

**Dr Gully:** Au sujet de la consommation de boeuf?

**Le sénateur Graham:** Un avis aux voyageurs qui se rendent au Royaume-Uni ou qui en reviennent.

**Dr Gully:** Le site Web de Santé Canada contient des informations sur la consommation de boeuf au Royaume-Uni. Il y a des observations à ce sujet.

Pour ce qui est des autres maladies, je ne pense pas qu'un avis aux voyageurs ait été émis pour le Royaume-Uni. Cependant, des avis aux voyageurs sont publiés chaque jour pour les autres pays du monde.

**Senator Graham:** My question was prompted by the mad cow disease incidence and foot and mouth disease?

**Dr. Gully:** There is certainly a travel advisory relating to the consumption of beef in the United Kingdom.

**The Deputy Chairman:** Colleagues, it is left to me to thank our witnesses. As Senator Robertson said, we could have gone on for another couple of hours. This session has been most interesting.

We will have an *in camera* session when we have our meeting tomorrow.

The committee adjourned.

**Le sénateur Graham:** J'ai posé cette question en raison de la maladie de la vache folle et de la fièvre aphteuse.

**Dr Gully:** Il y a bien sûr un avis aux voyageurs qui met en garde contre la consommation de boeuf au Royaume-Uni.

**La vice-présidente:** Chers collègues, il me reste à remercier nos témoins. Comme l'a dit le sénateur Robertson, nous aurions pu poursuivre encore pendant deux heures. La séance a été des plus intéressantes.

Demain, nous nous réunissons à huis clos.

La séance est levée.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

---

#### WITNESSES—TÉMOINS

##### *From Health Canada:*

Dr. Christina Mills, Director General, Centre for Chronic Disease Prevention and Control — Population Public Health Branch;

Dr. Paul Gully, Acting Director General, Centre for Infectious Disease Prevention and Control;

Dr. Clarence Clotey, Acting Director, Diabetes Division, Bureau of Cardio-Respiratory Diseases and Diabetes, Centre for Chronic Disease prevention and Control;

Nancy Garrard, Director, Division of Aging and Seniors.

##### *From Dalhousie University:*

Dr. David MacLean, Departmental Head, Community Health and Epidemiology

##### *De Santé Canada:*

Dre Christina Mills, directrice générale, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques — Direction de la santé de la population et de la santé publique;

Dr Paul Gully, directeur général par intérim, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses;

Dr Clarence Clotey, directeur général par intérim, Division du diabète, Bureau des maladies cardio-respiratoires et du diabète, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques;

Nancy Garrard, directrice, Division du vieillissement et des aînés.

##### *De l'Université Dalhousie:*

Dr David MacLean, chef de département, Santé communautaire et épidémiologie



Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le jeudi 5 avril 2001

Fascicule n° 7

**Septième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Graham, P.C.,	Roche
Hubley	

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Changes in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Morin were substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn (*April 5, 2001*).

The name of the Honourable Senator Hubley were substituted for that of the Honourable Senator Cordy (*April 5, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Graham, c.p.	Roche
Hubley	

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn (*le 5 avril 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Hubley est substitué à celui de l'honorable sénateur Cordy (*le 5 avril 2001*).



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Thursday, April 5, 2001

(8)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, *in camera*, in Room 705, Victoria Building, at 11:05 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Graham, P.C., Hubley, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson and Roche (10).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

**WITNESSES:**

*From Health Canada:*

Abby Hoffman, Director General, Health Care Directorate, Health Policy and Communications Branch;

Cliff Halliwell, Director General, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch;

Nancy Garrard, Director, Division of Aging and Seniors.

The committee discussed future business.

At 11:55 a.m., the committee resumed in public.

The Chair made a statement.

Ms Hoffman made a statement and, together with the other witnesses, answered questions.

At 1:25 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le jeudi 5 avril 2001

(8)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 05, à huis clos, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Graham, c.p., Hubley, Kirby, LeBreton, Morin, Pépin, Robertson et Roche (10).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, greffière législative.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité poursuit son examen de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

**TÉMOINS:**

*De Santé Canada:*

Abby Hoffman, directrice générale, Direction des soins de santé, Direction générale de la politique de la santé et des communications;

Cliff Halliwell, directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité;

Nancy Garrard, directrice, Division du vieillissement et des aînés.

Le comité discute de ses travaux futurs.

À 11 h 55, le comité reprend la séance publique.

Le président fait une déclaration.

Mme Hoffman fait une déclaration et, de concert avec les autres témoins, répond aux questions.

À 13 h 25, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

*La greffière du comité,*

Catherine Piccinin

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, April 5, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:05 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, today we will continue our study of the federal role in health care and how that should evolve in the coming years. Some of you will recall that at our committee meeting about three weeks ago, on demographics and aging, a number of outside experts appeared before us, but Health Canada was not part of the group. However, Health Canada has a number of observations and some data that would be useful to the committee. We have with us this morning, Ms Abby Hoffman, Director General of the Health Care Directorate; Mr. Cliff Halliwell, Director General of the Applied Research and Analysis Directorate; and Ms Nancy Garrard, Director of the Division of Aging and Seniors. Thank you for attending.

**Ms Abby Hoffman, Director General, Health Care Directorate, Health Policy and Communications Branch, Health Canada:** I should say that there are two additional individuals from Health Canada with us today: Ms Sue Morrison of the Health Care Directorate, and Ms Joan Lindsay from the Population and Public Health Branch.

We have distributed some material, and I apologize that it was late arriving. Just as you were preoccupied earlier this morning, we too have been preoccupied recently, and not to prejudice what you discussed, with the same topic.

It certainly is not our intent to take you through, page by page and in great detail, all of this material in the time that we have this morning.

Our department has been looking for the past year or so at the issue of population aging, its impact on the health system, and its implications for health.

Our intention today is to present some of the conclusions from that work. We know that you have covered a fair amount of this ground with other witnesses. Our people have been in attendance, and we have also seen the transcripts and materials from those other witnesses.

Some of the material that we provide may look familiar to you, as other witnesses have addressed these issues. We thought, nonetheless, that the Health Canada view might be of assistance.

From what we know of earlier witnesses, and also from what you will hear from us today, a great deal of focus and emphasis has been placed on the pressures associated with an aging population. I would like to make one commentary quite clear from

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 5 avril 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 05 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Sénateurs, nous poursuivons aujourd'hui notre étude sur le rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé et sur la façon dont ce rôle devrait évoluer au cours des années à venir. Certains d'entre vous se souviendront que, à la réunion que nous avons eue il y a trois semaines où il a été question de démographie et de vieillissement, nous avons entendu un certain nombre d'experts indépendants, mais Santé Canada n'était pas au nombre des témoins. Le ministère a toutefois des observations et des données qui seraient utiles au comité. Nous accueillons donc ce matin Mme Abby Hoffman, directrice générale, Direction des soins de santé; M. Cliff Halliwell, directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse; et Mme Nancy Garrard, directrice, Division du vieillissement et des aînés. Merci de votre présence ici aujourd'hui.

**Mme Abby Hoffman, directrice générale, Direction des soins de santé, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada:** Je devrais vous signaler que nous sommes aussi accompagnés de deux autres personnes de Santé Canada: Mme Sue Morrison, de la Direction des soins de santé, et Mme Joan Lindsay, de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

Nous avons fait distribuer des documents, et je suis désolée qu'ils arrivent si tard. Vous vous êtes préoccupés d'un sujet ce matin et, sans vouloir juger d'avance de l'issue de vos discussions, nous sommes aussi préoccupés par le même sujet ces derniers temps.

Nous prévoyons passer en revue avec vous l'ensemble de la documentation, page par page et de façon très détaillée, dans le temps qui nous est imparti ce matin.

Le ministère se penche depuis un an environ sur le vieillissement de la population, en examinant son incidence sur le système des soins de santé et ces répercussions pour la santé.

Nous voulons donc aujourd'hui vous présenter certaines des conclusions auxquelles nous sommes arrivés. Nous savons que vous avez décortiqué les tenants et aboutissants de cette question avec les autres témoins. Nous avions des représentants à ces audiences, et nous avons aussi lu les transcriptions et les documents présentés par ces autres témoins.

Certains des points que nous allons soulever auront peut-être un air de déjà-vu, puisqu'ils ont été abordés par d'autres témoins. Nous avons néanmoins pensé qu'il pourrait vous être utile d'avoir le point de vue de Santé Canada.

D'après ce que nous savons du témoignage de ceux qui nous ont précédés, et aussi d'après les propos que nous allons tenir ici aujourd'hui, les pressions découlant du vieillissement de la population retiennent énormément l'attention. Je tiens à dire

the outset. While we too have been interested in understanding the nature and scope of those pressures on the health system, we are equally, or perhaps more, interested in understanding the likely health needs of an aging society, anticipating what system adaptations are likely to be required, and what will need to be done to meet those health needs.

It does not mean that we think that aging-related cost pressures on the health system are trivial — quite the contrary. It does not mean that we think that we should ignore steps that can be taken to ensure that the system is as efficient and economical as possible, or that we should ignore how that system provides services to everyone, but particularly those who consume large amounts of services, the older age cohorts.

We are concerned with healthy aging, and doing what is possible to help Canadians live their entire lives in as good a state of health as possible.

We have a clear, twofold priority that has been driving our work and will continue to drive it. First, let us understand the pressures on services and funding. Second, let us figure out how best to support healthy aging. It would be wrong for us say that we place one of those priorities over the other. We focus on both.

The material is broadly organized around three subjects. The first is the health system and cost impacts of population aging. I am not aware to what extent your other witnesses have addressed this topic, but we have tried to look at these cost impacts relative to other cost drivers. One problem is that the impact of aging is often looked at independently. It is quite easy to construct a view that this is definitely the most significant pressure. We do not believe that that is the case. We believe it is important to look at that issue in context.

Second, in the latter part of the presentation material, we talk about system changes and adaptations that may be needed to address health needs related to population aging. We say a little about what the government is currently doing about those needs. We are not pretending at this stage that we have all those issues adequately covered. Our presentation represents part of our work agenda.

Third, although this is embedded in the material, we do include some comments on how much mitigation of the cost pressures can be achieved by health promotion and health prevention measures. We say that the forecasting issues are complex, the variables numerous, and the scope of some dimensions unknown. Therefore, we do not think that the right way to think about the contribution of health promotion and health prevention measures is simply to make some calculation about how much money might be saved relative to a situation where those measures were not

clairement dès le départ que, nous aussi, nous nous intéressons à la nature et à l'ampleur de ces pressions sur le système des soins de santé, mais que nous sommes tout aussi préoccupés, sinon plus, par le désir de comprendre les besoins en soins de santé de notre société vieillissante, de prévoir quels rajustements il faudra apporter aux soins de santé et de déterminer ce qu'il faudra faire pour répondre aux besoins en soins de santé.

Il ne faut pas conclure pour autant que nous banalisons les pressions que le vieillissement de la population exercent sur les dépenses en soins de santé, bien au contraire. Il ne faut pas conclure non plus que nous ne nous soucions pas des mesures à prendre pour nous assurer d'avoir un système aussi efficace et économique que possible et qui assure des services à tous les Canadiens, et plus particulièrement à ceux qui consomment surtout ces services, les cohortes plus âgées.

Vieillir en santé, voilà ce que nous souhaitons, et nous nous efforçons de faire tout notre possible pour aider les Canadiens à vivre toute leur vie en aussi bonne santé que possible.

Deux priorités très claires motivent notre travail et continueront de le motiver. Premièrement, il faut comprendre les pressions qui s'exercent sur les services et le financement. Deuxièmement, il faut trouver les meilleurs moyens possible de permettre à la population de vieillir en santé. On aurait tort de penser qu'une de ces priorités à préséance sur l'autre. Elles sont d'importance égale pour nous.

Notre document s'articule autour de trois grands thèmes. Le premier est le système des soins de santé et les effets du vieillissement de la population sur les coûts. Je ne sais pas dans quelle mesure les autres témoins se sont penchés sur cette question, mais nous avons tenté d'examiner ces effets sur les coûts en faisant la comparaison avec d'autres facteurs de coût. Car le problème qui se pose tient notamment au fait que les effets du vieillissement sont souvent examinés isolément. Il est très facile de trouver ainsi des arguments pour montrer que c'est le vieillissement qui exerce les pressions les plus considérables. Nous ne croyons toutefois pas qu'il en soit ainsi. Nous sommes d'avis qu'il faut examiner cette question à la lumière du contexte général.

Deuxièmement, dans la deuxième moitié du document, nous parlons des changements et des adaptations qu'il faudra peut-être apporter au système pour qu'il réponde aux besoins en soins de santé liés au vieillissement de la population. Nous décrivons brièvement ce que fait le gouvernement à l'heure actuelle pour répondre à ces besoins. Nous ne prétendons pas pour l'instant avoir déjà tout mis en oeuvre pour régler les problèmes qui se posent. Ce que nous vous présentons ici, c'est en partie notre plan de travail.

Troisièmement, même si c'est là un thème qui se retrouve en filigrane dans tout le document, nous parlons un peu de la façon dont les mesures de prévention et de promotion de la santé peuvent atténuer les pressions qui s'exercent sur les coûts. Nous soulignons à quel point il est difficile d'établir des prévisions parce que les questions sont complexes, les variables sont nombreuses et l'ampleur de certains facteurs demeure inconnue. Aussi nous ne pensons pas que les mesures de prévention et de promotion de la santé doivent simplement être considérées à la



undertaken. We think that the value of the measures is in improving human health, improving the health of Canadians. We do not think that the value is in figuring out, through some kind of arithmetical calculation, how much of the cost pressure could be reduced if those measures were adopted.

**Senator Morin:** That position is not written down. You stated it, but it is not written down. That is an important statement, but you did not write it down in your document.

**Ms Hoffman:** Mr. Chairman, we have provided the graphs and charts that we have used. We would respond to requests for some further material to be provided beyond what appears in the transcripts.

**The Chairman:** My guess is that we will come to that.

**Ms Hoffman:** We can adjust otherwise if you prefer, but I would suggest that we identify those items in the presentation package, bearing in mind time constraints. We could then open things for discussion.

**The Chairman:** That will bring out all the main points. You could hit the highlights and then we will proceed to questions.

**Ms Hoffman:** The first several slides address population age structure, which you have seen before. We are looking here at the impacts of longevity, and particularly at fertility and the baby boom cohort moving through the population age structure as it evolves. This may be presented in a different form, but is material with which you are familiar.

The next page has a chart showing our estimates of health expenditures distributed by age. Again, this is a point that has been made to you, but we have displayed it here graphically. We show two things. Clearly, expenditures are age related. However, one of the most critical issues is the relationship between health expenditure and death rate. Therefore, the issue here is expenditures made in proximity to death, rather than simply higher expenditures as a function of age itself.

**The Chairman:** I want to be sure I have understood, because this graph where you bring the death rate and the expenditures together helps. Are you saying that a healthy 80-year-old does not cost the health care system any more than a healthy 60-year-old does?

The aging phenomenon arises because the probability of dying increases. It is that last year of life that puts the pressure on the system, and there is a greater percentage of people dying at the age of 80 years than at age 60 years. We are inclined, in a shorthand way, to say that the costs are due to aging, but they are not. It is the proximity to death that is the issue. Is that right?

**Ms Hoffman:** That is a fair statement of the extremes of health care costs associated with different age groups. We all know anecdotally, and from data, that certain chronic conditions are

lumière des économies qu'elles permettraient de réaliser. Leur importance réside dans l'amélioration de la santé humaine, de la santé des Canadiens. En mesurer la valeur n'est pas à notre avis une affaire de calcul arithmétique pour déterminer dans quelle mesure elles permettraient de faire baisser les coûts.

**Le sénateur Morin:** Vous nous dites que c'est là votre position, mais je ne le vois nulle part par écrit. Cette affirmation est importante, mais je ne la retrouve nulle part dans votre document.

**Mme Hoffman:** Monsieur le président, nous avons fait distribuer les graphiques et les tableaux sur lesquels se fonde notre exposé. Nous pourrions vous faire parvenir d'autres documents à part ce que nous vous présentons ici aujourd'hui.

**Le président:** Je pense bien que c'est à cela qu'il faudra en venir.

**Mme Hoffman:** Nous pourrions rajuster le tir si vous le voulez, mais je propose que nous nous en tenions aux points qui se trouvent dans la documentation, étant donné les contraintes de temps. Nous pourrions ensuite apporter d'autres points au moment de la discussion.

**Le président:** Tous les principaux points seront ainsi abordés. Vous pourriez nous présenter les faits saillants, après quoi nous passerons aux questions.

**Mme Hoffman:** Les quelques premiers transparents portent sur la structure par groupe d'âge, qui n'a rien de nouveau pour vous. Nous examinons ici les effets de la longévité, et plus particulièrement la fertilité et l'évolution de la cohorte du baby-boom dans la structure par groupe d'âge. Vous connaissez bien ces tendances, même si elles vous ont peut-être été présentées sous une forme différente.

À la page suivante, vous voyez un tableau des dépenses en matière de santé réparties par groupe d'âge. Encore là, c'est quelque chose que vous avez déjà vu, mais nous vous le présentons ici de façon graphique. Nous vous montrons deux choses. L'âge a évidemment une incidence sur les dépenses, mais il faut notamment s'interroger sur le lien entre les dépenses en matière de santé et le taux de mortalité. Aussi, au lieu de montrer simplement que les dépenses augmentent avec l'âge, nous faisons ici le rapport avec l'approche de la mort.

**Le président:** Je veux être sûr de bien comprendre, car ce graphique où vous indiquez à la fois le taux de mortalité et les dépenses est utile. Dois-je comprendre qu'une personne en santé qui a 80 ans n'occasionne pas plus de dépenses pour le système de santé qu'une personne de 60 ans qui est elle aussi en santé?

Le phénomène du vieillissement intervient en raison de l'accroissement de la probabilité de la mort. C'est la dernière année avant la mort qui exerce des pressions sur le système, et il y a un plus fort pourcentage de personnes qui meurent à 80 ans qu'il y en a qui meurent à 60 ans. Nous avons tendance, autrement dit, à nous imaginer que les dépenses sont attribuables au vieillissement, mais ce n'est pas le cas. C'est plutôt la proximité de la mort qui est en cause. N'est-ce pas?

**Mme Hoffman:** C'est là une bonne façon de se représenter ce que sont les coûts en soins de santé à chaque extrémité de l'échelle des groupes d'âge. Nous savons tous, d'après ce que

more prevalent as one ages, and therefore various kinds of health care and health-related costs ensue. However, the extremes of relative expenditure on the old and the young are more attributable to the proximity of death than they are to the simple fact of being older.

The following page is on the topic of age distribution in the provinces. We have shown here the proportion of the population 65 years of age or older for each province at three points in time. You may find it interesting to note that the differences today in the age profiles of various provinces are not that extreme. In fact they will not be extremely different in 2010, but they will be significantly different in 2020 and beyond.

**The Chairman:** It is fair to interpret that graph on the basis of prosperity? The two most prosperous provinces, namely Alberta and Ontario, will retain a larger share of younger people. The least prosperous provinces are more inclined to have an aging population as the young people move out. Is that fundamentally what that chart is telling us?

Senators, I remind you that you must switch your mike on to be recognized, otherwise the media will not pick you up.

**Senator Morin:** I was just confirming the fact that not only do they not lose them, they attract them.

**The Chairman:** It is both.

**Senator Graham:** Mr. Chairman, there is a program called "Come home to Cape Breton to retire." Whether or not I am spared long enough to be able to do that, Atlantic Canada is a very attractive place to which to retire. Perhaps that has something to do with it.

**Mr. Cliff Halliwell, Director General, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Canada:** The differences in the age structure reflect two phenomena. One is migration, not just interprovincial but also international, which is not spread out evenly amongst all of the provinces. The richest provinces are also the major beneficiaries of international migration, where immigrants tends to be younger than the population as a whole. The phenomenon that affects Atlantic Canada in particular is that older people have a tendency to return.

None of this is particularly new, but what has kept Atlantic Canada from becoming much older than the rest of the country is that it took longer to see the declining birth rate that was evident in other parts of the country. We see two forces at work. Out-migration is one, but there has also been a higher birth rate to help feed that out-migration.

**Ms Hoffman:** These are slides on health care cost drivers, the consequences of which are summarized on the graph shown on the second slide. We must look at and understand a variety of factors that drive changes in health care spending, such as

nous entendons dire ici et là et d'après les données, que plus on vieillit, plus on est susceptible de souffrir de certaines affections chroniques, qui nécessitent certains types de soins, avec les coûts qui en découlent au chapitre des soins de santé. L'écart entre les dépenses attribuables aux jeunes et celles attribuables aux vieux est toutefois davantage lié à la proximité de la mort qu'au simple vieillissement.

Le tableau de la page suivante présente le vieillissement par province. Nous montrons la proportion de la population qui est âgée de 65 ans ou plus pour chaque province à trois dates différentes. Vous trouverez peut-être intéressant de constater que, à l'heure actuelle, le profil démographique ne varie pas tellement entre les différentes provinces. Il ne sera pas non plus très différent en 2010, mais il variera énormément à partir de 2020.

**Le président:** Serait-il justifié d'interpréter ce graphique en fonction de la prospérité? Les deux provinces les plus prospères, l'Alberta et l'Ontario, conserveront un pourcentage plus grand de jeunes. Les moins prospères sont plus susceptibles d'être frappés par le vieillissement à mesure que les jeunes iront s'installer ailleurs. Est-ce bien cela qu'il faut retenir de ce graphique?

Sénateurs, je vous rappelle que vous devez allumer votre microphone pour que je puisse vous donner la parole, sinon les médias ne vous entendront pas.

**Le sénateur Morin:** Je voulais simplement avoir la confirmation que, non seulement elles ne les perdent pas, mais elles les attirent.

**Le président:** C'est les deux.

**Le sénateur Graham:** Monsieur le président, il y a un programme qui incite les personnes originaires du Cap-Breton à revenir y passer leurs vieux jours. Je ne sais pas si j'aurai la chance de vivre assez longtemps pour faire cela, mais l'Atlantique offre beaucoup d'avantages aux retraités. Peut-être que c'est ce qui explique en partie l'attrait.

**M. Cliff Halliwell, directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada:** Ces différences dans la structure par groupe d'âge reflètent deux phénomènes. Le premier est celui de la migration, non pas seulement interprovinciale mais aussi internationale, qui touche à peu près toutes les provinces de façon égale. Les provinces riches accueillent aussi la majeure partie des migrants internationaux, qui sont généralement plus jeunes que le reste de la population. Le phénomène qui touche le Canada atlantique en particulier est celui de la migration de retour des personnes âgées.

Je ne vous apprendrai rien en vous disant cela, mais ce qui a empêché la population du Canada atlantique de vieillir beaucoup plus que celle de l'ensemble du pays, c'est que le taux de natalité a mis plus de temps à commencer à baisser que dans les autres provinces. Nous sommes là en présence de deux phénomènes. Il y a d'abord la migration de sortie, mais il y a aussi le taux de natalité plus élevé qui alimente la migration de sortie.

**Mme Hoffman:** Vous avez ensuite les transparents qui montrent les facteurs de coût des soins de santé, puis les répercussions de ces facteurs de coût. Il faut analyser et comprendre une foule de facteurs qui entraînent des changements



population aging, technology and innovation, population health states, and preferences and values around the need for, demand for, and access to health services. We must look at changes in the structures of the health care delivery system. Some adapt better and more efficiently or more economically than others. Then, of course, there is the issue of the relative cost of health care services compared to other general price factors that contribute to general price inflation.

Fiscal capacity may be a spending driver rather than a cost driver. Governments are under great pressure to spend in periods of recession or constraint or large deficits and debt, and fiscal capacity may be correspondingly reduced. When government revenues are higher and people think that we are in a time of prosperity, or when deficits are being reduced, there will be pressure to spend more on health because fiscal capacity is greater. Our point is that all these other factors are significant, but so too are the realities of a government's fiscal capacity at any given time.

The next slide is entitled "Health Care 'Cost Drivers,'" which puts into context our estimate of the contribution of aging to growth in real expenditures on health per capita. The red portion of the graph bars represents the growth attributable to all those other factors I mentioned, and the blue portion is the costs associated with aging.

We can reasonably project the size of the population and its age structure from 2001 through to 2030, which is shown in the bar on the right-hand side of the graph. There is not very much we can do about that population size and age structure in 2030, even taking advantage of increased longevity or migration. That is a known. However, this is based on the health system more or less as we know it today.

These are total health expenditures. There is no attempt to attribute them to either the private or public sector, but a similar basket of services is available today, whether financed publicly or privately.

We see that the significance of aging as a driver of growth is growing. If we were to move this projection out even further into 2040 or 2050, a peak contribution of aging would cause pressure on the system.

**The Chairman:** To clarify your point, these are not public sector data. These data relate to spending on health care in the broadest terms. It includes nursing homes, drugs, and lots of things that the public sector does not necessarily pay for.

dans les dépenses en matière de santé, comme le vieillissement de la population, la technologie et l'innovation, l'état de santé de la population de même que les préférences et les valeurs qui influent sur la nécessité, la demande et l'accessibilité des services de santé. Il faut examiner les changements apportés aux composantes du réseau des services de santé. Certaines s'adaptent mieux et de façon plus efficiente et économique que d'autres. Il y a aussi, bien sûr, la question du coût relatif des services de santé comparativement aux autres facteurs de prix qui contribuent à l'inflation des prix dans le contexte général.

Les moyens financiers peuvent être un facteur de dépense plutôt qu'un facteur de coût. En période de récession ou d'austérité, ou encore quand la dette et le déficit sont considérables, l'incitation à dépenser est très forte, mais les gouvernements ont alors des moyens financiers réduits. Quand leur situation financière s'améliore, les gens s'imaginent qu'ils sont dans une époque de prospérité, et quand le déficit se résorbe, ils exercent des pressions pour que l'on dépense plus au chapitre de la santé parce qu'on a une plus grande marge de manoeuvre financière. Nous disons que tous ces autres facteurs sont importants, mais que la santé des finances publiques à un moment donné est aussi un facteur.

Le transparent suivant, qui s'intitule «Facteurs de coût des soins de santé», donne une idée estimative de la part du vieillissement dans la croissance des dépenses réelles par habitant dans le domaine de la santé. La partie en rouge des différentes barres du graphique reflète la croissance attribuable à tous ces autres facteurs dont j'ai parlé, tandis que la partie en bleu représente les coûts liés au vieillissement.

Nous pouvons faire des projections raisonnables quant à l'évolution de la population et de la structure par groupe d'âge de 2001 jusqu'à 2030, année représentée dans la barre de droite du graphique. Nos prévisions relatives à la taille de la population et à la structure par groupe d'âge en 2030 ne risquent guère de changer, malgré les avantages résultant de la migration ou de l'accroissement de la longévité. C'est là une constante, mais le tableau se fonde sur le système des soins de santé tel qu'il existe aujourd'hui.

Il s'agit là des dépenses globales en matière de santé. Nous n'avons pas cherché à faire une ventilation entre le secteur public et le secteur privé, nous contentant de présenter l'ensemble des services offerts aujourd'hui, qu'ils soient financés par le public ou le privé.

Nous pouvons constater que le vieillissement devient un facteur de croissance de plus en plus important. Si nous prolongions nos projections jusqu'en 2040 ou 2050, la contribution du vieillissement atteindrait un sommet qui exercerait des pressions sur le système.

**Le président:** Si vous me permettez de clarifier votre propos, ces données ne représentent pas que les dépenses publiques, mais bien l'ensemble des dépenses relatives aux soins de santé. Elles englobent les maisons de soins infirmiers, les médicaments et bien d'autres éléments qui ne sont pas nécessairement à la charge du secteur public.

**Mme Hoffman:** Tout à fait.

**Ms Hoffman:** That is correct.



Let me move on to the next series of slides. Four slides deal with stroke morbidity and stroke mortality for males and females. We have included these slides to give some indication of what I was referring to at the outset about the difficulties of forecasting both demand for services related to health states and the possible associated costs.

Each of these slides attempts to give some indication of what epidemiologists believe will be the evolving number of males and females who will suffer strokes and associated morbidity, and the number of people who will suffer strokes and die in 2010.

We have included at the bottom of each of these slides the evolving rate pattern. We see a declining rate for reasons of improvements in care and treatment and improvements in preventive factors. However, the numbers of cases will increase due to population size and changes in the age structure of the population.

This is one condition — stroke. Material is available on other health conditions that display similar kinds of information. Try to imagine, if you will, the multitude of chronic, age-related health conditions and diseases of which we are aware, and attempt to look at all of those data together and make some estimation of the health system demands and related costs. It is extremely difficult to take all of those factors into account.

What does it mean when the mortality rate associated with stroke falls, which is effectively what the two stroke mortality graphs show? It simply means that people will not be dying as quickly from strokes as previously. They will survive with various levels of health needs.

**The Chairman:** Those graphs show that one is now less likely to die of a stroke than one was years ago. On the other hand, when one has a stroke — this sounds terrible — and does not die, the costs to the health system are enormous because a lot of other assistance is required.

**Senator Morin:** Fewer people are suffering from strokes. It is not just that people are not dying, there is also a reduced incidence of strokes.

**Ms Hoffman:** Not only reduced mortality.

**Senator Morin:** That is not what our chairman has been saying. It is not only that those who have a stroke survive; there are fewer people having strokes.

**Ms Hoffman:** Fewer people per capita are having strokes, but the age structure of the population means that there could be more.

**The Chairman:** The absolute number will be larger because the population is bigger, but there will be fewer per capita.

Permettez-moi de passer à la série suivante de transparents. Il s'agit de quatre transparents sur la morbidité liée aux AVC et le nombre total de décès liés aux AVC chez les hommes et les femmes. Nous avons inclus ces transparents pour illustrer ce que je vous disais au début de mon exposé au sujet de la difficulté de prévoir la demande de services en fonction de l'état de santé et les coûts qui pourraient y être liés.

Chacun des transparents se veut une représentation de ce que sera, d'après les épidémiologistes, l'évolution du nombre d'hommes et de femmes qui auront un AVC et de la morbidité liée aux AVC, ainsi que du nombre de personnes qui auront un AVC et qui en mourront en 2010.

Au bas de chaque transparent, nous présentons l'évolution des modèles de croissance. Nous pouvons constater une baisse attribuable aux progrès réalisés au chapitre des soins et des traitements ainsi que de la prévention. Le nombre de cas continuera toutefois à augmenter en raison de l'évolution des effectifs de la population et des changements dans la répartition des groupes d'âge.

L'AVC n'est qu'une affection parmi d'autres. Nous avons des renseignements semblables sur les autres. Essayez de vous imaginer, si vous le voulez bien, toute la gamme des affections et des maladies chroniques liées au vieillissement dont nous sommes au courant et tentez de faire une synthèse de toutes ces données pour en arriver à une estimation de la demande de soins de santé et des coûts qui en découleraient. Il est extrêmement difficile de tenir compte de tous ces facteurs.

Que faut-il conclure de la constatation à laquelle nous mènent les deux graphiques sur le nombre de décès liés aux AVC, c'est-à-dire que ce nombre est en baisse? On peut en conclure que les gens ne mourront pas aussi vite après avoir eu un AVC qu'auparavant. Ils survivront et le niveau de soins de santé dont ils auront besoin variera.

**Le président:** Ces graphiques montrent que, de nos jours, on est moins susceptible de mourir des suites d'un AVC qu'on ne l'était autrefois. Par contre, quand on a un AVC — cela semble terrible à dire — et qu'on n'en meurt pas, les coûts pour le système de santé sont énormes parce qu'il faut beaucoup d'autres soins.

**Le sénateur Morin:** Le nombre de personnes qui souffrent d'AVC est en baisse. Ce n'est pas simplement que le nombre de décès diminue, c'est aussi la fréquence des AVC qui diminue.

**Mme Hoffman:** Ce n'est pas seulement le nombre de décès qui diminue.

**Le sénateur Morin:** Ce n'est pas ce que disait notre président. Ce n'est pas seulement que ceux qui ont un AVC survivent, mais c'est aussi qu'il y a moins de personnes qui font un AVC.

**Mme Hoffman:** Le nombre d'AVC par habitant diminue, mais la répartition des groupes d'âge est telle qu'il pourrait augmenter.

**Le président:** Le nombre absolu va augmenter parce que la population grossit, mais il y en aura moins par habitant.

**Ms Hoffman:** To further complicate things, this is not just an issue between, say, stroke mortality and stroke morbidity; in other words, dying of a stroke and surviving a stroke and requiring care. If one survives a stroke, a heart attack, or some other potentially, although no longer necessarily, fatal disease, that does leave one vulnerable to other diseases. We are talking about people surviving strokes here. They may then, regrettably, be living with diabetes or chronic cardiovascular disease of some form or another, perhaps vulnerable to cancer or other conditions.

I am making the point here that while there are a lot of data available, sorting out precisely what they all amount to is extremely difficult. That is what that series of slides is about.

The following two are international comparisons. Again, you can look at these independently of our discussion here today. If you look at the table rather than the graph, the second of these two, you will see that while Canada is reasonably competitive in terms of the proportion of GDP spent on health compared to other industrialized countries, we are a rather younger population in relative terms.

Also worth noting here is the share of a country's population over the age of 65. One needs to be careful about using 65 as a benchmark, but we have done so for these purposes. There is no necessary connection between the percentage of the population that is over 65 and the percentage of GDP that a country spends. In general, any country, regardless of its starting point, will feel the impact of age-related spending pressure as its population ages. You can see there are some countries with very high proportions.

**Senator LeBreton:** Like Finland.

**Ms Hoffman:** Yes. Finland and Japan have very high proportions of their populations over 65, and have managed to contain not only current but also past growth in spending.

**The Chairman:** This is total health expenditures, not merely public sector?

**Ms Hoffman:** That is right.

**The Chairman:** Tell me if I am right or wrong, but I draw the following conclusion from that chart: The Canadian and American systems are clearly the most expensive in the world, in the sense that the Canadian system is only fractionally surpassed, for instance, by France, which has a much higher percentage of older people.

In other words, in spite of the fact that we have a younger population, we are second only to the United States in percentage of GDP spent on overall health. Is that a reasonable conclusion?

**Ms Hoffman:** Yes.

**Mme Hoffman:** La question est encore plus compliquée du fait qu'il ne s'agit pas simplement de la morbidité ou du nombre de décès liés aux AVC, autrement dit, du nombre de ceux qui auront un AVC et qui en mourront ou qui y survivront et auront besoin de soins. Quand on survit à un AVC, à une crise cardiaque ou à une autre maladie qui autrefois était fatale mais qui ne l'est pas nécessairement aujourd'hui, on est susceptible d'être frappé par d'autres maladies. Je veux parler ici de ceux qui survivent à un AVC. Ils pourraient malheureusement contracter le diabète ou une autre maladie cardio-vasculaire chronique quelconque, et ils pourraient aussi être vulnérables au cancer ou à d'autres maladies.

Ce à quoi je veux en venir, c'est que, même si nous disposons de beaucoup de données, il est extrêmement difficile de déterminer exactement ce qu'il faut en conclure. Voilà ce que nous avons tenté de montrer avec cette série de transparents.

Les deux qui suivent présentent des comparaisons internationales. Encore là, ces comparaisons sont valables en dehors du cadre de notre discussion d'aujourd'hui. Si vous vous reportez au tableau plutôt qu'au graphique — c'est le deuxième transparent —, vous verrez que, si le Canada soutient assez bien la comparaison avec d'autres pays industrialisés pour ce qui est de la part du PIB que représentent ces dépenses en matière de santé, nous avons une population assez jeune par rapport à ces autres pays.

Il convient aussi de souligner le pourcentage de la population qui a plus de 65 ans. Malgré les risques que cela comporte, nous avons fixé l'âge repère à 65 ans pour faire nos comparaisons. Or, il n'y a pas nécessairement de lien entre le pourcentage de la population qui a plus de 65 ans et le pourcentage du PIB que représentent les dépenses. En règle générale, tout pays, peu importe son point de départ, commence à sentir l'effet des dépenses liées à l'âge au fur et à mesure que sa population vieillit. Comme vous pouvez le voir, la proportion est très élevée dans certains pays.

**Le sénateur LeBreton:** Comme en Finlande.

**Mme Hoffman:** Oui. En Finlande et au Japon, la proportion de la population qui a plus de 65 ans est très élevée, mais ces pays ont réussi à limiter, non pas seulement leurs dépenses actuelles au titre de la santé, mais aussi la croissance de ces dépenses.

**Le président:** Il s'agit ici des dépenses globales au titre de la santé, et pas seulement des dépenses publiques?

**Mme Hoffman:** Tout à fait.

**Le président:** Dites-moi si je me trompe, mais voici la conclusion que je tire de ce tableau: les systèmes canadiens et américains coûtent manifestement plus chers que ceux des autres pays du monde, en ce sens que les dépenses canadiennes ne sont que légèrement inférieures à celles de la France, par exemple, où la proportion de personnes âgées est bien plus élevée.

Autrement dit, en dépit du fait que notre population est plus jeune, seuls les États-Unis consacrent une part plus importante de leur PIB à la santé que nous. Est-il raisonnable de tirer cette conclusion?

**Mme Hoffman:** Oui.



**Senator Morin:** Could you explain this chart to me? I do not understand. Perhaps I am slow. I do not understand the ordinals.

Let us take any country as an example and you can lead us through the 5, 7, 9 and 11 per cent displayed there.

**Mr. Halliwell:** The chart is harder to read than the table on the subsequent page. We show for each country the level of health expenditures as a share of GDP in five years. That is on the left-hand side axis. When it goes up, it goes up as a share of GDP. Then there is the percentage of the population over 65. For each particular line, for example Japan, you are looking at the numbers for 1960, 1970, 1980, 1990, and 1997. You are seeing how those shares evolved over time. It is easier to see that in the table, where we do have the labels on the years.

**The Chairman:** I am assuming that the bottom number on the data for France for 1997 is wrong.

**Mr. Halliwell:** I think it is, yes.

**The Chairman:** It cannot be 11.5. Just for the sake of complete information, you might give us the right number at some point.

**Senator Morin:** It surprises me that Japan is pretty similar to the United Kingdom and Italy. I thought it had a much higher percentage of old people. It is similar to Europe, if I am right.

**Ms Hoffman:** It is on a much steeper trajectory. If we project out for Japan, you will see the rate of aging proceeding considerably faster, although Italy is not very far behind.

**Senator Morin:** This shows that the U.S. and Canada spend more on health care than the European countries and Japan. The fact that our population is younger means we are even spending more. If our population were older, or the same as the other countries, we would be at 15 or 16 per cent. This is the first time I realized that. That is a very important concept.

**Ms Hoffman:** Perhaps we can come back to this, but we will move on in the interests of time.

The next slides have principally to do with one of the issues we were asked to address. What is the federal government and Health Canada doing with respect to aging-related issues such as cost pressures and the broad area of healthy aging?

The next slide deals with gains in later-life health. I know you have had some discussion about this. We believe that health promotion and preventive activity are valuable at any age. Of course one can always talk about trade-offs, about where emphasis ought to be placed among different age groups, but we believe that it is never too late to make improvements in health.

**Le sénateur Morin:** Pourriez-vous m'expliquer ce graphique? Je ne comprends pas. Je suis peut-être un peu lent. Je ne comprends pas les chiffres ordinaux.

Prenons n'importe quel pays comme exemple et expliquez-nous ce que signifie les 5, 7, 9 et 11 qui se trouvent là.

**M. Halliwell:** Le graphique est plus difficile à comprendre que le tableau qui se trouve à la page suivante. Nous montrons pour chacun des pays la part du PIB que représentent les dépenses liées à la santé pour cinq années différentes. C'est l'axe de gauche. Quand les dépenses augmentent, elles augmentent en pourcentage du PIB. Il y a ensuite le pourcentage de la population âgée de plus de 65 ans. Chaque ligne, celle du Japon par exemple, représente les chiffres pour 1960, 1970, 1980, 1990 et 1997. Vous voyez comme les pourcentages évoluent avec les années. Il est plus facile de voir cette évolution dans le tableau, où les années sont représentées en clair.

**Le président:** Je suppose que le dernier chiffre qu'on donne pour la France en 1997 est erroné.

**M. Halliwell:** Je crois que oui.

**Le président:** Il est impossible que ce soit 11,5. Pour que nous ayons des données complètes, vous pourriez peut-être nous faire parvenir plus tard le bon chiffre.

**Le sénateur Morin:** Cela me surprend de constater que le Japon est assez semblable au Royaume-Uni et à l'Italie. J'aurais pensé qu'il aurait eu une proportion beaucoup plus élevée de personnes âgées. Le pourcentage semble toutefois être semblable à celui des pays européens, à moins que je ne me trompe.

**Mme Hoffman:** La croissance suit une trajectoire beaucoup plus abrupte. Si l'on faisait la projection, la population du Japon grossirait à un rythme beaucoup plus rapide, même si l'Italie n'est pas très loin derrière.

**Le sénateur Morin:** On voit donc que les États-Unis et le Canada dépensent plus au titre de la santé que les pays d'Europe et le Japon. Comme notre population est plus jeune, nos dépenses sont encore plus considérables. Si nous avions une population plus vieille ou aussi vieille que celle des autres pays, nous serions sans doute à 15 ou 16 p. 100. C'est la première fois que je me rends compte de cela. C'est très important.

**Mme Hoffman:** Nous pourrions peut-être revenir à cette question, mais continuons puisque le temps presse.

Les transparents suivants portent essentiellement sur une des questions qu'on nous a demandé d'aborder. Que font le gouvernement fédéral et Santé Canada pour ce qui est notamment d'atténuer les coûts liés au vieillissement et de s'assurer que les Canadiens vieillissent en santé?

Le transparent qui suit indique les progrès réalisés en vue d'un vieillissement en meilleure santé. Je sais que vous avez discuté de cela. Nous considérons que les mesures de prévention et de promotion de la santé sont utiles pour tous les groupes d'âge. Bien entendu, il est toujours possible de faire des choix, de décider de privilégier certains groupes d'âge, mais nous sommes d'avis qu'il n'est jamais trop tard pour améliorer l'état de santé.



We turn to the next slide, which is a graph on mortality. You may have heard something about this earlier. Unfortunately, the kinds of statistics we might like to have, simply showing morbidity rather than mortality, are not readily available, but nonetheless I think the data would still stand.

This slide shows motor vehicle accidents in blue, suicides and homicides in red and grey, and mortality associated with falls in magenta at the top.

We have provided this information because, while presumably all of these causes of mortality are preventable, falls are among the most preventable. This shows huge mortality associated with falls in the over-75 age group, where we believe that an array of strategies and preventive measures can be used to quite significantly reduce the number of such deaths. We simply cite that as one example.

We would make the same argument about the other principal risk factors associated with a whole array of the most significant aging-related, chronic diseases — smoking, physical inactivity, and poor nutrition. While we might not be able to give you quite as dramatic a display as the one on falls, we would make the same argument.

I can elaborate on that point in questions as you wish, but I think the status stands on its own.

We move to the next slide, on dementia. The incidence of dementia related to age is very clear here, and therefore the impact of demographic change.

Unfortunately, this is one disease about whose causes we do not know nearly as much as we would like. Therefore preventive action is somewhat limited at this stage. The early stages of the disease can certainly be attenuated through drug therapy.

We know that approximately 50 per cent of individuals who suffer from dementia are living in the community. The other 50 per cent are living in institutional settings. There are implications for the health system on both sides. Drug therapy may extend the mild stage of dementia, but that clearly imposes burdens and demands on families, on the community, on informal, non-remunerated caregivers. Our success in the application of drug therapy has an implication for what we do on home and community care, and respite for family caregivers.

At the same time, while we might have some compression of the relative numbers who need to be institutionalized as a result of dementia, we need to remember that moving people out of institutions or delaying the time at which they might need institutional care does not result in complete savings for society or for the health system in both human and dollar terms. As I said, the implications then simply move into family and community settings.

Passons maintenant au transparent suivant, un graphique sur la mortalité. Vous avez peut-être déjà entendu des témoignages à ce sujet. Malheureusement, le type de données statistiques que nous aimerions avoir et qui permettrait de montrer, non pas seulement la mortalité, mais aussi la morbidité, est difficile à obtenir, mais je pense que les données que vous avez là sont quand même valables.

Le graphique montre les accidents de la route en bleu, les suicides et les homicides en rouge et en gris et la mortalité liée aux chutes en magenta en haut.

Nous avons voulu vous donner ces informations parce que, bien que toutes les causes de mortalité soient en principe évitables, les chutes sont parmi les plus évitables. Vous voyez la mortalité extrêmement élevée qui est liée aux chutes chez les plus de 75 ans, et il y a à notre avis une multitude de stratégies et de mesures préventives qui pourraient être mises en place pour réduire considérablement le nombre de ces décès. Il ne s'agit là que d'un exemple parmi d'autres.

Le même argument vaut pour les autres principaux facteurs de risque des diverses maladies chroniques les plus fréquentes qui sont liées à l'âge — l'usage du tabac, le manque d'activité physique et une mauvaise alimentation. Bien que nous ne soyons peut-être pas en mesure de vous présenter un graphique aussi spectaculaire que celui qui montre la fréquence des chutes, le même argument pourrait s'appliquer.

Je pourrai vous donner plus de détails à ce sujet quand nous passerons aux questions, mais j'estime que le graphique est très parlant.

Le transparent suivant porte sur la démence. La fréquence des cas de démence liée à l'âge ressort très clairement ici, d'où l'incidence des changements démographiques.

Malheureusement, nous sommes loin de savoir ce que nous voudrions savoir au sujet des causes de cette maladie. D'où les limites pour l'instant de notre effort de prévention. La pharmacothérapie peut certainement atténuer les symptômes au stade initial de la maladie.

Nous savons qu'environ 50 p. 100 des personnes atteintes de démence vivent dans la collectivité. L'autre moitié vit en établissement. Il y a des répercussions pour le système des soins de santé d'un côté comme de l'autre. La pharmacothérapie peut prolonger le stade initial où la démence est assez légère, mais le fardeau qui en résulte pour les familles, la collectivité et les aidants naturels non rémunérés s'en trouve manifestement accru. Le progrès de la pharmacothérapie a donc une incidence sur les soins à domicile et ceux qui sont offerts dans la collectivité de même que sur les services de répit pour les aidants naturels.

Par ailleurs, si nous réussissons à réduire le nombre relatif de personnes atteintes de démence qui doivent être placées, il ne faut pas oublier que le fait qu'elles n'aient plus besoin d'être placées ou que leur placement soit retardé ne se traduit pas des économies nettes pour la société ou pour le système des soins de santé, en fait de coûts humains ou financiers. Comme je l'ai dit, le fardeau se trouve simplement déplacé vers les familles et les collectivités.

**The Chairman:** Who pays for drug therapy for a person who is not on a guaranteed income supplement or welfare, who is in the early stages of dementia, and is at home as opposed to in an institution?

**Ms Hoffman:** Seniors generally are eligible for provincial drug plan support, but as you no doubt are aware, those plans are highly variable across the country and are sometimes subject to significant deductibles and copayments, regardless of age. I do not think there is any doubt that there is an access issue.

**The Chairman:** Do you have any data on the access question? The thought going through my mind is do we have any data on the number of people over 65 who need drugs but do not get them because they cannot afford them and no other program provides them?

**Senator Morin:** There was a Quebec study on this.

**Ms Nancy Garrard, Director, Division of Aging and Seniors, Health Canada:** The best study about financial inaccessibility, out of McGill and by Dr. Robyn Tamblyn, followed a change in the pharmacare program in Quebec. They tracked their seniors and found that it actually cost the health care system more because of the increased visits to emergency rooms. When they looked across the entire health system, the savings in the pharmacare budget were more than offset elsewhere in the health care system. It is quite a good study and I would recommend it for your information.

**The Chairman:** Could you make sure that our researcher receives the details of that study?

**Ms Garrard:** Yes, we will provide the details.

**Ms Hoffman:** The last set of slides deals with measures that are currently on health department work agendas, ours and others, across the country. We started with the First Ministers' Agreement on Health Care because our general approach is that the impacts of population aging and the kinds of system adaptations required have some unique features. Much of what we need to do to address pressures related to aging has to do with the same measures that we need to pursue in order to reform and renew our system more generally.

The information on the first page references what the first ministers' agreement of last September was all about. In a nutshell, there will be a significant increase in transfers for health in the CHST over the coming years, along with a number of targeted funds, and beyond that, first ministers agreed that their governments would work together on a number of priorities, ranging from health human resources to health information technology and so on.

I will point out that there seems to be a technological glitch with the second slide. This is supposed to be showing the relative health expenditures in a series of age cohorts, and sadly for me, the 45-to-64-year-old data seem to be blank.

**Le président:** Qui paie la pharmacothérapie de quelqu'un qui ne reçoit pas le supplément de revenu garanti ou l'aide sociale, qui est au premier stade de la démence et qui est à la maison au lieu d'être dans un établissement?

**Mme Hoffman:** Les personnes âgées ont ordinairement droit au régime d'assurance-médicaments des provinces mais comme vous ne l'ignorez pas, ces régimes varient beaucoup d'un endroit à l'autre au pays et sont parfois assujettis de franchises et de quotes-parts importantes, quel que soit l'âge de la personne. Il ne fait aucun doute qu'il y a un problème d'accès.

**Le président:** Avez-vous des chiffres sur le problème de l'accès? Je me demandais si l'on a des chiffres sur le nombre des plus de 65 ans qui ont besoin de médicaments mais ne les ont pas parce qu'ils n'ont pas les moyens de les acheter et qu'aucun programme ne les leur fournit?

**Le sénateur Morin:** Il y a eu une étude au Québec là-dessus.

**Mme Nancy Garrard, directrice, Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada:** La meilleure étude sur l'inaccessibilité pour raison financière, produite par McGill et le Dr Robyn Tamblyn, a examiné les conséquences d'un changement au régime d'assurance-médicaments du Québec. Ils ont suivi la situation des personnes âgées et constaté qu'il en coûtait en fait plus cher au régime d'assurance-maladie à cause du nombre plus élevé de consultations à l'urgence. Quand ils ont examiné l'ensemble du régime d'assurance-maladie, les économies dans le budget de l'assurance-médicaments ont été plus que compensées ailleurs dans le système de santé. C'est une excellente étude et je vous la recommande.

**Le président:** Pourriez-vous vous assurer que notre attaché de recherche ait les détails de cette étude?

**Mme Garrard:** Oui, nous allons les lui fournir.

**Mme Hoffman:** La dernière série de transparents porte sur les mesures envisagées actuellement par les divers ministères de la Santé au pays. Nous avons commencé par l'entente sur la santé des premiers ministres parce que notre démarche générale, c'est que les conséquences du vieillissement de la population et les genres d'adaptations du système nécessaires ont des particularités. Le plus gros de ce que nous devons faire pour soulager les pressions reliées au vieillissement concerne les mesures que nous devons prendre pour réformer et renouveler le système en général.

L'information sur la première page explique la nature de l'accord conclu par les premiers ministres en septembre dernier. En deux mots, il y aura une augmentation des transferts pour la santé dans le TCSPS dans les années à venir, ainsi qu'un certain nombre de fonds ciblés et, au-delà, les premiers ministres ont convenu que leurs gouvernements respectifs allaient collaborer ensemble sur un certain nombre de priorités, allant des ressources humaines en matière de santé à la technologie de l'information dans le domaine de la santé.

Je précise qu'il semble y avoir un ennui technique dans le deuxième transparent. Il est censé illustrer les dépenses de santé pour certaines cohortes d'âge et, malheureusement, les données des 45 à 64 ans semblent manquer.



**The Chairman:** I wish to ask you a question about that graph. This may be speculative and you may not know the answer. When I look at that, the thought that immediately goes through my mind is that the hospital is the one institution that is paid for. Let us suppose for the moment that all forms of health care delivery were in fact covered by a national program. To what extent could that move people out of hospitals into less expensive settings?

To put it another way, to what extent do people go into the most expensive setting, which is the hospital, because it is the only thing that they can afford to do? Anything else they must pay for themselves, and they may not have the money.

**Ms Hoffman:** The point you are making is certainly valid. Clinicians will decide on care based in part on what they believe will be the access issues arising from recommending that someone move out of a setting where their costs are covered to one where they are not. As I was saying earlier about prescription drugs, there are varying models across the country of how long-term care is financed and what the payment responsibilities are, through either private insurance or out-of-pocket costs for individuals.

**Senator Morin:** I would point out that this is not a recent chart. Now the drugs have surpassed the physicians as a cost, so that dates back a few years.

**The Chairman:** I think Senator Morin is referring to a different number. This is dollars per capita. We did it as a percentage of total health expenditures.

**Senator Morin:** Even in absolute numbers, drugs are higher. I am not necessarily saying prescription drugs, but total drugs.

The other point is that the hospital costs have dropped over the years. Year after year, the dollars per capita for hospitals are dropping. We are actually seeing what you are talking about. Our spending for hospitals is dropping and our spending for drugs is increasing.

**The Chairman:** I have anecdotal evidence in my own family about people occupying acute care hospital beds simply because cheaper forms of care were not available. Instead of allocating health care dollars through doctors, perhaps a province could develop a global budget so that money could be moved from one facility to another in order to provide the cheaper level of service. For example, a person could be moved out of a \$1,000-a-day hospital bed into a \$350-a-day nursing home bed. Is there any empirical research on that question?

**Ms Hoffman:** We have seen regional health boards with global budgets. It is not only the quality of care — the right care in the right place — but it is believed that there are efficiencies in those kinds of systems.

Unfortunately, in Canada we do not have as much experience with that as we would like. Even where there are so-called "global budgets," generally speaking the physician budgets are not within the governance reach of those regional health boards.

**Le président:** J'ai une question à poser à propos de ce graphique. Ce n'est peut-être qu'une conjecture de ma part et vous ne connaissez peut-être pas la réponse. Quand je regarde ceci, l'idée qui me vient à l'esprit c'est que l'hôpital est l'unique établissement qui est payé. Imaginons un instant que toutes les formes de soins étaient financées par un programme national. Dans quelle mesure cela enlèverait-il des gens dans les hôpitaux et les placerait-il dans des milieux moins coûteux?

Autrement dit, dans quelle mesure les gens vont-ils dans le milieu le plus coûteux, c'est-à-dire l'hôpital, parce que c'est tout ce qu'ils ont les moyens de s'offrir? Tout le reste, ils doivent le payer eux-mêmes et ils n'ont peut-être pas l'argent qu'il faut.

**Mme Hoffman:** Votre argument a du sens. Ce sont les cliniciens qui décideront des soins à fournir en fonction en partie de ce qu'ils estiment être les problèmes d'accès s'ils recommandent que quelqu'un quitte un établissement où les coûts sont couverts pour aller dans un autre où ils ne le sont pas. Comme je le disais plus tôt à propos des médicaments sous ordonnance, il y a divers modèles au pays de financement des soins de longue durée et des responsabilités de paiement, soit au moyen d'une assurance privée ou de frais à la charge des malades.

**Le sénateur Morin:** Je précise que ce n'est pas un tableau récent. Les médicaments ont aujourd'hui dépassé les médecins comme coût; cela date donc de quelques années.

**Le président:** Je pense que le sénateur Morin pense à un autre chiffre. Il s'agit ici des sommes par habitant. Nous avons fait le calcul du pourcentage de l'ensemble des dépenses de santé.

**Le sénateur Morin:** Même en chiffres absolus, les médicaments sont plus élevés. Pas forcément les médicaments sur ordonnance, mais l'ensemble des médicaments.

L'autre chose, c'est que les coûts hospitaliers ont baissé avec les années. D'année en année, les sommes par habitant pour les hôpitaux ont baissé. On constate effectivement ce dont vous parlez. Nos dépenses pour les hôpitaux sont en train de baisser et nos dépenses pour les médicaments sont en train d'augmenter.

**Le président:** Je connais des cas dans ma propre famille de gens qui occupent des lits pour malades de soins aigus parce que d'autres formes de soins, moins chères, ne sont pas disponibles. Au lieu d'affecter des sommes aux soins de santé en passant par les médecins, une province pourrait peut-être créer un budget global de sorte que l'argent pourrait être transféré d'un établissement à un autre pour offrir le service le moins coûteux. Par exemple, on pourrait transférer un malade qui occupe un lit d'hôpital à 1 000 \$ par jour dans un lit de soins infirmiers à 350 \$ par jour. Y a-t-il des travaux de recherche empirique sur la question?

**Mme Hoffman:** Nous avons vu des conseils régionaux de santé avec des budgets globaux. Il n'y a pas que la qualité des soins — les bons soins au bon endroit —, mais on croit qu'il y a des gains d'efficacité dans ce genre de système.

Malheureusement, au Canada, nous n'avons pas autant d'expérience avec cela que l'on voudrait. Même là où il y a ce qu'on appelle des budgets globaux, en général les budgets de médecin ne relèvent pas des conseils régionaux de santé.



**Mr. Halliwell:** I would like to interject a note of caution about that kind of cost comparison. If you compare the average cost per patient day in a hospital with the average cost per patient day in a long-term care facility, you will get a misleading impression, because some of those hospital patients are very expensive. In a sense, you need to know the cost of caring for a patient who is not in need of particularly intensive care, and of the so-called “hotelling” services of the hospital. You have to compare that to the institutional setting. The average cost per person in a hospital will always be very high, but that will not tell you whether the person you move out of the hospital to another care setting will generate savings anywhere near those magnitudes.

**Senator Morin:** Pharmacare is uneven throughout the country. Some provinces have nothing, and some are fairly generous. It might be a good idea to see what is being done throughout the provinces. You are describing a situation that may apply in some provinces and not in others. Perhaps that information could be made available to the committee.

**The Chairman:** Ms Hoffman referred to the “better regional global budgets.” Can we have an example of that? My instinct is to think of the one in Calgary, but that is the only one I know of — the Calgary Regional Health Authority. Are there shining examples of a good regional global plan?

**Ms Hoffman:** Perhaps the reason that we seem to haul out the Calgary example in these situations is that it really is considerably better than the others. I would pick Calgary too. Others talk about the Victoria region. The Capital Health Authority, which covers Edmonton and the surrounding areas, is another one.

Despite the phenomenon of regionalization, most of the regional health boards simply do not have any direct control over the full array of not only financial resources, but of institutions and providers, and since we are talking about aging, the link to social services as well. In many cases, the mitigation of cost and frankly inappropriate service in the health care system lies with a better deployment of social services and social service providers.

**The Chairman:** The regional authorities do not have control over physician costs because there is a provincially negotiated fee schedule.

**Ms Hoffman:** Unless you are dealing with physicians who are on salary. Even in that situation, it is likely that the regional health authority still does not have control over those physician salary dollars.

The next set of slides, “Health System Renewal,” is simply a way for us to say something about how the issue of population aging plays out in these various areas. I will draw your attention to it because it picks up on a point that was made a moment ago. If you turn to the next chart, on hospitalizations, you will see that the average days of stay, regardless of the cause, has declined for all age groups over the last decade. However, there are many reasons for this, including the clinical practice and the severity of the illnesses in question. Also, a great deal of this has to do with

**M. Halliwell:** J'aimerais inciter à la prudence à propos de ce genre de comparaison de coûts. Si vous comparez le coût moyen par jour-malade à l'hôpital avec le coût moyen du jour-malade dans un établissement de soins de longue durée, vous aurez une impression trompeuse, parce que certains de ces malades hospitalisés sont très coûteux. Dans un certain sens, il faut connaître le coût du soin d'un malade qui n'a pas besoin de soins intensifs, ce que l'on appelle les services d'hébergement de l'hôpital. Il faut comparer cela au placement en établissement. Le coût moyen par personne à l'hôpital sera toujours très élevé mais cela ne vous dira pas si la personne que vous sortez de l'hôpital pour la placer ailleurs permettra de faire des économies ailleurs du même ordre.

**Le sénateur Morin:** L'assurance-médicaments est inégale au pays. Certaines provinces n'ont rien et d'autres sont assez généreuses. Il serait bon de voir ce qui se fait dans chacune des provinces. Vous êtes en train de décrire une situation qui vaut dans certaines provinces mais pas dans d'autres. Vous pourriez peut-être communiquer l'information au comité.

**Le président:** Mme Hoffman a parlé du budget global des meilleurs conseils régionaux. Peut-on en avoir un exemple? Moi, je pense instinctivement à celui de Calgary, mais c'est le seul que je connaisse, le Calgary Regional Health Authority. Y a-t-il des exemples resplendissants de bon plan global régional?

**Mme Hoffman:** La raison pour laquelle nous citons Calgary en exemple dans ces cas, c'est qu'un centre de Calgary est nettement supérieur aux autres. Moi aussi j'aurais choisi Calgary. D'autres parlent de la région de Victoria. La Capital Health Authority, qui englobe Edmonton et la région avoisinante, en est un autre.

Malgré le phénomène de la régionalisation, la plupart des conseils régionaux de santé n'ont pas d'emprise directe sur l'ensemble non seulement des moyens financiers, mais aussi des établissements et des fournisseurs, et, comme nous parlons de vieillissement, du lien avec les services sociaux. Dans bien des cas, la réduction des coûts et, honnêtement, des services carrément inappropriés dans le système de santé dépend d'un meilleur déploiement des services sociaux et des fournisseurs de services sociaux.

**Le président:** Les autorités régionales n'ont pas de contrôle sur les coûts des médecins parce qu'il y a un barème d'honoraires négocié à l'échelle provinciale.

**Mme Hoffman:** Sauf si les médecins sont salariés. Même dans ce cas-là, il est probable que le centre régional de santé n'aura pas le contrôle sur la rémunération du médecin.

L'autre série de transparents, sur le renouvellement du système de santé, est seulement une façon pour nous de dire quelque chose à propos de la façon dont le problème du vieillissement de la population se répercute dans divers secteurs. J'attire votre attention là-dessus parce que cela nous ramène à ce qui a été dit il y a quelques instants. Si vous consultez le tableau suivant, sur les hospitalisations, vous verrez que la durée moyenne du séjour, toutes causes confondues, a baissé pour tous les groupes d'âge ces dix dernières années. Toutefois, il y a beaucoup de raisons à cela,

hospital practice, where there is pressure to move people through the acute care institutions, and new technology.

**Senator Morin:** Surgery is a good example.

**Ms Hoffman:** With the same health state, one can pass through a hospital more quickly because of technology, clinical practice, and so on. A certain amount is also attributable to pressure on hospital managers and the medical staff to move people through more quickly. However, I should also say that the majority of studies do not attribute the declining number of days of the average stay simply to hospital administrators pushing people out the door more quickly and leaving them in poorer health at the end.

I will talk about primary health care because there is not much detail in the material that you have. When we talk about primary health care, we are also talking about the point of access to the system; not just ultimately chronic care needs, but also the place in the system where much of the preventive and health promotion service would also be delivered. We are talking about early diagnosis of chronic disease so that disease management strategies, if needed, can kick in early, before a significant level of acuity arises. We are talking about primary care if it is well managed, and has the kinds of links to social services that I mentioned. Out of the agreement last fall, the whole primary care area is one that is of significance to us.

It might be in the interests of time to note that all of these other areas — acute care, long-term care, pharmaceutical, palliative care, health human resources — have an aging component. We are trying to pay attention to that. We can talk about this further, but I am conscious of the time.

These are the conclusions we would offer, whether we were here for one hour or longer. Yes, population aging will be a major cost driver for the next 20 to 25 years. However, we do not believe that it will be the most significant pressure point, but that it will play into those other issues — technology, public expectations, et cetera. When the peak of the baby boom cohort reaches 75-plus — in the years 2025 to 2040 — population-aging pressure will be a more significant driver of health spending. Bear in mind that we are 24 years away from that point and much can be done in the meantime.

Health spending is not strictly a matter of meeting demands based on objective health status and need. Other factors, including public expectation, also influence demand. In our judgment, it will not be just the health status of the baby boom generation as it passes through its later years that affects demand, but also the values and expectations of that group. Those expectations will pose as great a threat to the viability and sustainability of the system as their objectively defined health needs will impose on it.

y compris la pratique clinique et la sévérité de la maladie en cause. De plus, une grande partie de ceci tient de la pratique hospitalière, où il y a des pressions pour transférer les malades dans des établissements de soins aigus, et de la nouvelle technologie.

**Le sénateur Morin:** La chirurgie en est un bon exemple.

**Mme Hoffman:** Pour le même état de santé, on peut faire un séjour plus court en hôpital aujourd'hui à cause de la technologie, de la pratique clinique, etc. Une certaine partie est aussi attribuable aux pressions sur les gestionnaires d'hôpitaux et au personnel médical de faire passer les gens plus rapidement. Toutefois, je dirai aussi que la majorité des études n'attribuent pas le nombre moindre de jours du séjour moyen simplement au fait que les administrateurs d'hôpitaux mettent les gens à la porte plus rapidement et les laissent dans un état de santé moindre au bout du compte.

Je vais parler des soins primaires parce qu'il n'y a pas beaucoup de détails dans les documents que vous avez. Quand on parle de soins primaires, on parle aussi du point d'accès au système; pas seulement au bout du compte les besoins en soins pour malades chroniques, mais aussi la place dans le système où beaucoup du service de prévention ou de promotion de la santé sera assuré. Nous parlons de diagnostic précoce de maladies chroniques, de sorte que les stratégies de gestion de la maladie, si besoin est, peuvent s'appliquer tôt, avant qu'il n'y ait un degré élevé d'acuité. Nous parlons de soins primaires s'ils sont bien gérés, et qui ont le genre de liens aux services sociaux dont j'ai parlé. Dans l'accord de l'automne dernier, le secteur des soins primaires a beaucoup d'importance pour nous.

Pour gagner du temps, je signalerai que tous ces autres secteurs — soins actifs, soins de soutien de longue durée, produits pharmaceutiques, soins palliatifs, ressources humaines en santé — ont un volet vieillissement. Nous essayons de nous en occuper. Nous pourrions-en parler davantage, mais je constate que le temps file.

Voici les conclusions que nous voudrions vous présenter, que nous ayons été ici pour une heure ou plus. Oui, le vieillissement de la population sera un facteur de coût majeur au cours des 20 à 25 prochaines années mais il n'est pas et ne sera pas l'élément de pression le plus important; cela touchera d'autres questions: la technologie, les attentes de la population, etc. Lorsque le gros de la cohorte des baby-boomers aura 75 ans et plus (entre 2025 et 2040), le vieillissement de la population exercera une pression plus grande sur les dépenses de la santé. N'oubliez pas que cela est dans 24 ans et que l'on peut faire beaucoup dans l'intervalle.

Ce que nous dépensons pour la santé n'est pas uniquement le résultat d'une demande fondée sur un état de santé et un besoin objectif. D'autres facteurs influent sur la demande, notamment les attentes de la population. À notre avis, il n'y a pas que l'état de santé des baby-boomers dans leurs dernières années qui influera sur la demande, mais aussi les valeurs et les attentes de ce groupe. Ces attentes poseront une menace aussi grande à la viabilité et à la durabilité du système que les besoins de santé objectifs lui imposeront.



The fourth point is that improved health can offset increases in costs associated with population aging, but certainly not entirely. We believe the reason for working on improving health has to do with managing costs. It pertains to the fundamental mandate of the business that we are in, which is improving population health at all ages.

Therefore, system adaptations are required if we are to manage aging-related pressures at reasonable costs, and those take time. We are working on them now and will continue to work on them.

As I said a moment ago, policies to promote healthy aging can improve health outcomes and quality of life, as well as contribute to the management of health system pressures. For those reasons, healthy aging should be a priority focus for us and for our actions on health care.

**Senator LeBreton:** We could make the argument that what you are doing is developing a starting point. You would have been interested in the testimony of Dr. David MacLean yesterday, when he talked about the cost of the health care system and how we were going to deal with this as the population ages. He said that the problem was the political economy of these drug and technology issues. He outlined a situation where the pharmaceuticals, people in technology, and the doctors work in their own specific area, but no one supports prevention, and no one pays for it. I should like to have your comments on that. You obviously would support that view.

Second, we have looked at the percentage of the aging population and the percentage of GDP, and we have noted the numbers in Italy, France, and Japan. Would those numbers not support your arguments about healthy aging and health prevention? We have all heard that they do not have the same levels of heart disease in Japan. We hear the same about Italy, even though they seem to eat rich foods. They consume a lot of olive oil, and other things that we are now learning can be useful in the prevention of heart disease. Perhaps not necessarily as a result of planning on their part, but accidentally, through diet and lifestyle, they have an aging population that does not cost as much to sustain in the health care system?

**Ms Hoffman:** We see their lower costs but older populations as a combination of lifestyle factors and the way in which services are organized. A number of these countries have close collaboration between health and social services. They have more success in maintaining people with chronic diseases in community settings, where services are provided outside of either acute care hospitals or long-term care institutions. It is both of those. It is the preventative health promotion work on a population-wide basis, plus the organization of services.

Le quatrième point, c'est que l'amélioration de la santé aidera à compenser certaines augmentations de coûts associées au vieillissement de la population, mais pas en totalité. Nous pensons que les efforts pour améliorer la santé sont inséparables de la gestion des coûts. Cela fait partie du mandat fondamental de notre activité, à savoir améliorer la santé de la population de tous âges.

Il faudra donc adapter les systèmes si nous voulons que les pressions reliées au vieillissement soient gérées à des coûts raisonnables, et cela prend du temps. Nous y travaillons actuellement et nous continuerons d'y travailler.

Comme je l'ai dit il y a un instant, les politiques visant à aider les gens à vieillir en santé peuvent améliorer les résultats en matière de soins de santé et de qualité de vie, et aider à gérer les pressions qui s'exercent sur le système de santé. Pour ces raisons, vieillir en santé devrait être une des priorités de l'action fédérale et de nos actions en matière de santé.

**Le sénateur LeBreton:** On pourrait soutenir que vous êtes en train de développer un point de départ. Vous auriez été intéressés par le témoignage du Dr David MacLean hier, lorsqu'il a parlé du coût du système de soins de santé et de la façon dont nous allons y faire face au fur et à mesure que la population vieillira. Il a dit que le problème est l'économie politique de ces questions de médicaments et de technologies. Il a évoqué une situation où les intérêts pharmaceutiques, les gens dans la technologie et les médecins travaillent dans leur propre domaine, mais personne ne soutient la prévention et personne n'en paie le prix. J'aimerais savoir ce que vous en pensez. De toute évidence, vous êtes du même avis.

Deuxièmement, nous avons examiné le pourcentage de la population vieillissante et le pourcentage du PIB et nous avons pris note des chiffres en Italie, en France et au Japon. Ces chiffres ne confortent-ils pas vos arguments à propos du vieillissement en santé et de la prévention? Nous avons tous entendu dire qu'ils n'ont pas les mêmes niveaux de maladies cardiaques au Japon. Nous entendons dire la même chose à propos de l'Italie, même s'ils semblent manger des aliments riches. Ils consomment beaucoup d'huile d'olive et d'autres aliments dont on sait aujourd'hui qu'ils peuvent prévenir les maladies cardiaques. Peut-être pas forcément d'un dessein délibéré de leur part, mais fortuitement, grâce au régime alimentaire et au mode de vie, ils ont une population vieillissante dont on peut s'occuper à moindre coût dans le système de soins de santé?

**Mme Hoffman:** Nous voyons les coûts moins élevés chez eux mais les populations plus âgées comme combinaison de facteurs de mode de vie et la façon dont les services sont organisés. Un certain nombre de ces pays ont une collaboration étroite entre les services de santé et les services sociaux. Ils ont plus de succès à maintenir les gens qui souffrent de maladies chroniques dans des cadres à proximité, où les services sont fournis à l'extérieur de leurs hôpitaux de soins aigus ou établissements de soins de longue durée. C'est ces deux choses. C'est le travail de promotion préventif de la santé sur toute une population, plus l'organisation des services.



Trying to increase attention to prevention when no one pays for it is a concern. We will be dealing with this issue, as will all governments across Canada, in the course of reforming primary care. We expect that people will receive the traditional and first line of medical care and treatment in primary care environments, but they will also receive counselling and advice on a one-to-one basis, or a population-wide basis, about various aspects of health promotion and preventative activity.

Much of this does not appear in any fee-for-service arrangement between the physician in the community and provincial governments. That is one reason why reforming primary care is also about reviewing and re-jigging the funding arrangements. Those kinds of services could be made available to people without getting into out-of-pocket costs for things that do not appear in a fee-for-service regime, while at the same time providing access to the traditional care and treatment services that do.

It is part of what makes primary care and the pulling together of nurses and doctors and other kinds of health professionals a real challenge. That is what people who talk about reforming primary care are really talking about.

**Senator LeBreton:** The public might be alerted to this issue if there were a direct relationship between preventative health care and taxes paid. I do not know how it could be done through public policy, but if we were able to convince people that if they followed a certain regime for preventative health care, there would be direct dividends through the tax system.

Dr. MacLean said yesterday that if we want to address this, we are going at it the wrong way. Prevention should be at the top, not an afterthought.

**Ms Garrard:** To follow up on that point, there are some systems in the United States that are on a per capita basis for an entire region. They are actually paying for health benefits. It is to everybody's advantage to encourage early diagnoses, health promotion and disease prevention.

We pay for the "repair shop" kind of work. We were not offering much incentive for promotion efforts that could be undertaken. If I could just add to Ms Hoffman's point, it is not just the primary care system to which we do not offer any incentives. It is the same for all the other sectors that could promote health.

I was here yesterday, when we talked about physical education for children. It is more than just the health sector. It is that much more challenging when trying to promote it across all sectors.

**Senator Graham:** Thank you, witnesses. It is nice to see you all again. You mentioned that we must be careful about using 65 years of age as a benchmark. I am rather sensitive about that.

Essayer d'accroître l'attention pour la prévention alors que personne ne paie pour est une source d'inquiétude. Nous allons nous occuper de cette question, tout comme les autres gouvernements du pays, lors de la réforme des soins primaires. Nous nous attendons à ce que les gens recevront la première et traditionnelle ligne de soins médicaux et de traitements dans les environnements de soins primaires, mais ils recevront aussi du counselling et des conseils individuellement, ou à l'échelle de la population, à propos des divers aspects de la promotion de la santé et des activités préventives.

Une grande partie de ceci n'apparaît pas dans les accords de rémunération à l'acte entre le médecin dans sa localité et les gouvernements provinciaux. C'est une raison pour laquelle la réforme des soins primaires concerne aussi la révision et la modification des mécanismes de financement. Ces genres de services pourraient être offerts aux gens sans entraîner des dépenses individuelles pour des choses qui n'apparaissent pas dans le régime de rémunération à l'acte, tout en offrant accès aux soins traditionnels et aux services de traitement qui y apparaissent.

C'est une partie de ce qui fait des soins primaires et du rassemblement des infirmières et des médecins et des autres genres de professionnels de la santé un véritable défi. C'est ce dont parlent vraiment ceux qui parlent de la réforme des soins primaires.

**Le sénateur LeBreton:** Le public serait plus sensibilisé à la question s'il y avait un lien direct entre la prévention en matière de soins de santé et les impôts payés. Je ne sais pas comment les politiques publiques pourraient le permettre, mais il faudrait pouvoir convaincre la population qu'en suivant un certain régime préventif en matière de santé, il pourrait y avoir des avantages fiscaux directs.

Hier, le Dr MacLean nous a dit que si nous voulons régler la question, nous ne nous y prenons pas bien. La prévention doit être une priorité, et non pas quelque chose qu'on fait en passant.

**Mme Garrard:** Sur le même sujet, il y a aux États-Unis des régimes par capita, pour toute une région. On paie pour les prestations de santé. Il est donc dans l'intérêt de tous d'encourager les diagnostics précoces, la promotion de la santé et la prévention des maladies.

Ici, nous payons pour du travail de «réparation». Nous n'encourageons pas beaucoup les efforts de promotion de la santé qui pourraient être entrepris. Si je peux ajouter à ce qu'a dit Mme Hoffman, ce n'est pas seulement dans le régime de soins de santé primaires qu'il n'y a pas suffisamment de mesures incitatives. C'est la même chose pour tous les autres secteurs de promotion de la santé.

J'étais là hier, quand on a parlé de l'éducation physique pour les enfants. Il ne s'agit donc pas seulement du secteur de la santé. C'est encore plus difficile quand on essaie de faire cette promotion dans tous les secteurs.

**Le sénateur Graham:** Je remercie les témoins. Je suis content de vous revoir tous. Vous dites qu'il faut être prudent quand on fixe la limite à 65 ans. C'est quelque chose qui me touche de près.

**Senator LeBreton:** I am getting more sensitive every year.

**Senator Graham:** Senator LeBreton is laughing about that. Mentioning Senator LeBreton reminds me of some of my grandchildren, to whom she is related, who cannot understand that Grampy cannot skate as fast or for as long as they can.

**Senator Morin:** Can you skate at all?

**Senator Graham:** I skate. I was racing with one of your young cousins on the canal this past winter. I was obviously losing every race, and I saw these two big lumberjacks walking down the side of the canal. I asked my grandchild, George, to meet the two gentlemen. I did not know who they were. I told them that I was racing with my grandchild, and asked them to hold him until I was halfway to the finish line, then let him go.

**Senator LeBreton:** I cannot imagine George agreeing to that.

**Senator Graham:** They actually held him. He caught me at the finish line.

Should we continue to define old age using 65 as a cut-off point?

**Ms Hoffman:** I do not think it is particularly useful, frankly. We use it because it is the agreed legal age for certain purposes of retirement, but it has no use other than that. Even though certain kinds of retirement benefits normally commence at the age of 65 years, it is not reflective of income or contribution to the fiscal situation through taxation.

It is not particularly useful. You will see in some of our data that we use the age of 65 as a benchmark because it does have some historical value. We can then at least look at 10-year age groups above the age of 65 years. If we want really good analyses, we should probably be looking at five-year age groups.

**Senator Graham:** We talked a lot yesterday about health preventative measures, health improvement programs, and health promotion programs. Do you have any definitive data on the correlation between the positive effects of health promotion programs and improvement in the general health of Canadians?

**Ms Garrard:** I think that we have those across all ages.

I feel that there is enough evidence to suggest that falls prevention and quality of life improvements with respect to the three major risk factors we talked about are making health improvements in later life. An early investment in a life-course approach to health promotion stands people in good stead throughout their lives.

There is interesting evidence that nursing homes that spend time on strength and balance exercises for their residents have found an improvement in their autonomy and ability to do things independently, which has reduced demands on staff time. Even in

**Le sénateur LeBreton:** Et ça me touche de plus en plus près, chaque année.

**Le sénateur Graham:** Le sénateur LeBreton le prend en riant. En parlant d'elle, je pense à certains de mes petits-enfants, dont elle est parente, et qui ne peuvent comprendre pourquoi grand-papa ne peut pas patiner aussi vite ni aussi longtemps qu'eux.

**Le sénateur Morin:** Patinez-vous vraiment?

**Le sénateur Graham:** Oui, je patine. Je faisais une course avec l'un de vos jeunes cousins, sur le canal, l'hiver dernier. Bien entendu, je perdais chaque course, puis j'ai vu ces deux armoires à glace d'hommes qui marchaient le long du canal. J'ai demandé à mon petit-fils, George, de rencontrer ces deux messieurs. Je ne les connaissais pas. Je leur dis que je faisais des courses avec mon petit-fils et leur ai demandé de le tenir jusqu'à ce que j'aie fait la moitié du chemin, avant de le laisser partir.

**Le sénateur LeBreton:** Je doute que George ait été d'accord.

**Le sénateur Graham:** Ils l'ont retenu. Mais il m'a rattrapé à l'arrivée.

Doit-on continuer de fixer le début de la vieillesse à 65 ans?

**Mme Hoffman:** Bien franchement, je ne crois pas que ce soit particulièrement utile. On s'en sert parce que c'est l'âge fixé par la loi sur certaines questions se rapportant à la retraite, mais ce n'est pas utile autrement. Même si certains avantages liés à la retraite commencent à être versés normalement à l'âge de 65 ans, cela n'a rien à avoir avec le revenu, ni avec les contributions fiscales.

Ce n'est pas particulièrement utile. Dans nos données, vous verrez que nous nous servons de l'âge de 65 ans à cause de son utilité historique. Nous pouvons au moins évaluer des groupes d'âge par 10 ans, au-dessus de 65 ans. Pour de bonnes analyses, il faudrait probablement utiliser des groupes d'âge sur 5 ans.

**Le sénateur Graham:** Hier, nous avons beaucoup parlé des mesures de prévention en santé, des programmes d'amélioration de la santé et des programmes de promotion de la santé. Avez-vous des données précises sur la corrélation entre les effets positifs des programmes de promotion de la santé et l'amélioration de la santé des Canadiens en général?

**Mme Garrard:** Je pense que nous avons ces chiffres pour tous les âges.

Je pense que nous avons suffisamment de données qui prouvent que la prévention des chutes et les améliorations à la qualité de vie, au sujet des trois facteurs de risque dont nous avons parlé, améliorent la santé des personnes âgées. Un investissement précoce sous forme de promotion de la santé pendant toute la vie est avantageux, pendant toute la vie.

Il y a une preuve intéressante qui démontre que les foyers de soins infirmiers qui consacrent du temps aux exercices de force et d'équilibre pour les résidents ont constaté une amélioration dans l'autonomie de leurs résidents et dans leur capacité d'agir



the most frail periods, one can still find improvements in quality of life.

We do not feel that a person is ever too old. Obviously, the earlier you start, the longer your health lasts, but aging is not necessarily synonymous with poor health.

**Senator Graham:** Should we be spending more money on health promotion programs?

**Mr. Halliwell:** It is relatively easy to demonstrate that healthier behaviours lead to healthier outcomes. What we lack most is information about the ability of some of our programs and activities to influence those behaviours.

Ms Garrard just cited an example of a relationship between a health promotion activity and a change in behaviour and outcomes.

Senator Callbeck raised the issue of diet and potential outcomes. We know a lot less about that area and the connection between available policy instruments and our ability to change those. It is really important to find the policy instruments that can lead to healthier behaviours. I would say we have a weak understanding of that area and a need to improve it.

**Senator Graham:** One of the doctors here yesterday said that he could demonstrate a direct correlation between health and health promotion programs in certain areas. Does Health Canada have any statistics to support such statements?

**Ms Garrard:** I believe Dr. MacLean was talking about reducing the rate of cardiovascular disease. That is one disease for which there are very clear, modifiable risk factors. If we could find ways of reducing those risk factors, such as physical activity, diet, or the cessation of smoking, then we would see a decline in cardiovascular disease.

Mr. Halliwell's point is that even though we have known for the past 40 years that smoking causes cancer, 29 per cent of Canadians still smoke. We all know there is a health impact. Our challenge is how to change society's attitudes toward this behaviour. It is a very complex issue.

We also know that there is a definite relationship between education and health practices. Some of our biggest challenges are with people of low income and poor education, where risk factors congregate.

Senators, how to effectively target potential new investment is worthy of further study.

**Senator Graham:** Mr. Chairman, I think that is something on which we should be focusing our attention.

**Senator Callbeck:** I want to come back to the slide on international comparisons. I know that Senator LeBreton asked a question about countries such as Japan and the United Kingdom, that have a larger aging population than Canada, but yet spend less of their GDP on health. Ms Hoffman mentioned it had to do with lifestyles and how services are organized, and that more is

indépendamment, ce qui facilite la tâche pour les employés. Même lors des périodes les plus faibles, on peut toujours améliorer la qualité de vie.

À notre avis, il n'est jamais trop tard. Évidemment, plus tôt on commence, plus longtemps on demeure en bonne santé, mais le vieillissement n'est pas synonyme de mauvaise santé.

**Le sénateur Graham:** Devrions-nous dépenser davantage dans des programmes de promotion de la santé?

**M. Halliwell:** Il est assez facile de démontrer que des comportements sains mènent à des résultats plus sains. Ce qu'il nous manque, c'est de l'information sur la capacité de certains de nos programmes et activités d'influer sur ces comportements.

Mme Garrard vient de citer un exemple du rapport entre une activité de promotion de la santé et un changement de comportement et de résultats.

Le sénateur Callbeck a soulevé la question de régime et de résultats éventuels. Nos connaissances sont beaucoup plus sommaires dans ce domaine et sur le rapport entre les instruments de politique disponibles et notre capacité de les changer. Il est vraiment important de trouver les instruments de politique qui peuvent mener à des comportements plus sains. À mon avis, nous ne connaissons pas très bien ce domaine et il faudrait améliorer la situation.

**Le sénateur Graham:** Un des médecins qui ont témoigné hier nous a dit qu'il pouvait démontrer une corrélation directe entre la santé et les programmes de promotion de la santé dans certains domaines. Est-ce que Santé Canada aurait des statistiques pour appuyer de telles déclarations?

**Mme Garrard:** Je crois que le Dr MacLean parlait de la façon de réduire le taux de maladies cardio-vasculaires. C'est une maladie pour laquelle il y a des facteurs de risque très clairs. Si on pouvait trouver des moyens de réduire ces facteurs de risque, notamment l'activité physique, un régime ou cesser de fumer, on verrait une diminution du nombre de maladies cardio-vasculaires.

Ce que M. Halliwell veut dire, c'est qu'en dépit du fait que nous savions depuis 40 ans que le tabagisme cause le cancer, 29 p. 100 des Canadiens continuent de fumer. Nous savons tous que ce n'est pas bon pour le santé. Le défi, c'est de trouver des moyens de changer les attitudes envers ce comportement. C'est une question très complexe.

Nous savons également qu'il y a un rapport direct entre l'éducation et les pratiques en matière de santé. Parmi nos plus grands défis, mentionnons les gens à faible revenu et peu instruits, pour lesquels il y a de multiples facteurs de risque.

Honorables sénateurs, il vaut la peine d'étudier davantage comment bien cibler un éventuel nouvel investissement.

**Le sénateur Graham:** Monsieur le président, à mon avis, nous devons nous pencher sur cette question.

**Le sénateur Callbeck:** J'aimerais revenir sur la diapositive sur les comparaisons internationales. Je sais que le sénateur LeBreton a posé une question sur des pays tels que le Japon et le Royaume-Uni, qui ont une plus grande population vieillissante que le Canada, mais qui consacrent une partie moins importante de leur PIB à la santé. Mme Hoffman a répondu que c'était le



done in the community. Can I take from that comment that the seniors in those countries are healthier than in Canada?

**Ms Hoffman:** In general, yes. Lifestyle factors suggest that people are healthier. The organization is simply a way of managing services to respond to a health need. That does not necessarily mean that people are healthier.

I do not want to prejudge where your comment might be leading, but one could argue that if people are healthier, it is a little easier to mobilize the right mix of social and health services, because you need less care and treatment and more of a community-based support service.

We know that some countries emphasize the concept of "aging in place." The idea is to undertake the right kinds of community adaptation so that as people's health status changes over the course of their lives, particularly in the latter stages, the services can accommodate where those people are, the environments they are used to, and their family and community surroundings.

We know about comparative longevity. We know that the longest life expectancy is in Japan, followed by France.

**Senator Morin:** No, followed by Canada.

**Ms Hoffman:** There is a somewhat greater life expectancy in Japan. However, we have to be careful about saying that life expectancy necessarily means improved health states in the latter five to eight years of life, which is when disability and declining independence really kick in.

I am not sure, unless my colleagues can correct me, that we have a clear answer on this issue.

**Ms Garrard:** International comparisons are difficult, given the way we track health status data. There is a fair amount of evidence to suggest that the health status in Japan is better, but that of a lot of European countries is not as clear.

We are different from some European and Asian countries in terms of the rate of institutionalization, or long-term care. In Canada, about 6 per cent to 7 per cent of seniors live in long-term care. The percentage is much lower in a number of other countries. This figure is a reflection of our longevity, but it also relates to how we care for people in their older years. It is not black and white. We still feel we compare quite well internationally in terms of health status.

**Ms Hoffman:** A recent study suggests there are significant declines in the rate of disability across OECD countries. Our data also suggest a decline in Canada, but not nearly as large. There may be some definitional issues, or we may be behind in Canada. That I rather doubt.

I think the point just made is critical. With reasonably comparable levels of disability, loss of mobility and loss of independence, why is it that, relatively speaking, we seem to have

résultat des modes de vie et de l'organisation des services, et qu'on fait plus au niveau de la collectivité. Puis-je en déduire que les personnes âgées dans ces pays sont en meilleure santé que les personnes âgées au Canada?

**Mme Hoffman:** En général, oui. Les facteurs liés au mode de vie sembleraient indiquer que les gens sont en meilleure santé. L'organisation est tout simplement une façon de gérer les services pour répondre aux besoins en matière de santé. Cela ne veut pas forcément dire que les gens sont en meilleure santé.

Je ne veux pas préjuger, mais on pourrait dire que si les gens sont en meilleure santé, il est plus facile d'offrir la bonne proportion de services de santé et de services sociaux, car on a davantage besoin de services communautaires d'appui que de soins et de traitements.

Nous savons que certains pays mettent l'accent sur la notion de «vieillesse chez soi». L'idée, c'est d'entreprendre la bonne adaptation communautaire afin que, à mesure que l'état de santé des gens change, en particulier vers la fin de leur vie, les services puissent être offerts là où les gens habitent, dans leur environnement habituel, près de leur famille et de leur communauté.

Nous avons tous entendu parler de longévité comparative. Nous savons que l'espérance de vie la plus grande est au Japon, puis en France.

**Le sénateur Morin:** Non, au Canada.

**Mme Hoffman:** L'espérance de vie est un peu plus grande au Japon. Mais il faut faire attention de ne pas dire que l'espérance de vie se traduit par un meilleur état de santé dans les cinq à huit dernières années de la vie, la période où les gens sont plus touchés par les handicaps et une perte d'autonomie.

Je ne suis pas certaine, à moins que mes collègues puissent m'éclairer là-dessus, que nous ayons une réponse claire sur cette question.

**Mme Garrard:** Les comparaisons internationales sont difficiles étant donné la manière dont nous suivons les données sur l'état de santé. Il semblerait y avoir assez de preuves pour indiquer que l'état de santé est meilleur au Japon, mais pour un bon nombre de pays européens, ce n'est pas aussi clair.

Nous nous distinguons de certains pays d'Europe et d'Asie en fait de taux de personnes placées en établissement, ou de soins de longue durée. Au Canada, à peu près 6 ou 7 p. 100 des personnes âgées habitent dans des établissements de soins de longue durée. Ce pourcentage est beaucoup plus bas dans d'autres pays. Ce chiffre reflète notre longévité, mais également notre façon de prendre soin des gens lorsqu'ils vieillissent. Ce n'est pas noir et blanc. À notre avis, nous tenons très bien la comparaison avec d'autres pays en fait d'état de santé.

**Mme Hoffman:** Une étude récente indique qu'il y a des baisses importantes de l'invalidité dans les pays de l'OCDE. Nos données indiquent également une baisse au Canada, mais pas aussi importante. Il se peut qu'il s'agisse d'une question de définition, ou bien le Canada accuse un recul. Je doute que ce soit le cas.

Ce qu'on vient de dire est essentiel, à mon avis. Avec des niveaux assez semblables d'invalidité, de perte de mobilité et de perte d'autonomie, pourquoi, relativement parlant, avons-nous une

such a large proportion of people in these oldest age cohorts, the so-called "frail elderly," living in institutions? It is not as if public financial support for this kind of institutional living arrangement has been across the board. Despite the need for reliance on private insurance and personal out-of-pocket costs in many cases, for some reason we still appear to be directing people to institutional care in larger numbers than other countries.

**Senator Morin:** It is cultural.

**The Chairman:** My guess is that there is a cultural view that does not exist in North America but which seems to exist in a lot of other places.

**Senator Morin:** There is very low incidence in the Maritimes. That is cultural. They tend to keep their older people at home more than in other parts of the country.

**The Chairman:** My gut feeling is that it is a cultural question.

**Senator Morin:** I would like to compliment Dr. Hoffman and her colleagues. I was on the Science Advisory Board for Health Canada, and I am very pleased by and proud of what you have said this morning.

Correct me if I am wrong about this. Health prevention and promotion are extremely important in themselves. They should be pursued for that reason alone. They should not be pursued strictly as cost savers because there is no strong or hard evidence that they are important factors in the reduction of health costs.

You made another statement that was very clear. You said that health promotion and prevention are connected to primary health care reform. Yesterday, we were trying to grapple with the question of infrastructure and so forth. I think that you said it very well. The promotion and prevention aspect is present in the reform of health care as it is being carried out in several provinces — Ontario and Quebec and so forth.

We are realizing that we should do a careful study of the health services in other countries to see what they are doing, not only with hospitals and with physicians, but also in home care and pharmacare. That is on our committee's agenda.

**Ms Hoffman:** On your last two points, I do not think that there is any difference between what we have expressed and what you have said about the importance of the reform of primary health care system as the key to enhancing prevention and promotion. That is a critical thing to keep pursuing.

We should review the organization of services in other countries. There is currently some interesting work on that score in which we are involved through the OECD.

Let me come back to your first point about prevention and promotion not being done strictly for the purposes of saving money. I do not want to leave the impression that we do not know

aussi grande proportion de personnes dans ces cohortes d'âge, que nous appelons les personnes âgées fragiles, qui sont placées dans des établissements? L'appui financier pour ce genre d'arrangement de vie en établissement n'est pas uniforme. Malgré le besoin, dans de nombreux cas, de compter sur des assurances privées et d'assumer soi-même les frais, pour une raison ou une autre nous semblons continuer à orienter les gens vers les soins en établissement beaucoup plus que dans d'autres pays.

**Le sénateur Morin:** C'est une question de culture.

**Le président:** Je crois qu'il y a une culture qui n'existe pas en Amérique du Nord, mais qui semble exister dans bon nombre d'autres endroits.

**Le sénateur Morin:** La fréquence est très faible dans les Maritimes. C'est la culture. Ils ont tendance à garder leurs personnes âgées chez eux plus que dans d'autres parties du pays.

**Le président:** Mon intuition me dit que c'est une question de culture.

**Le sénateur Morin:** J'aimerais féliciter Mme Hoffman et ses collègues. Je faisais partie du conseil consultatif des sciences de Santé Canada et je suis ravi et fier de ce que vous avez dit ce matin.

Corrigez-moi si j'ai tort. La prévention et la promotion de la santé sont extrêmement importantes en soi. Pour cette seule raison, il faudrait continuer dans ce sens. Il ne faudrait pas continuer seulement parce que cela permet de réduire les coûts, car il n'y a pas de preuves tangibles que ce sont des facteurs importants dans la réduction des coûts des soins de santé.

Vous avez fait une autre déclaration très claire. Vous avez dit que la prévention et la promotion de la santé étaient liées à la réforme des soins primaires. Hier, nous avons essayé de comprendre la question d'infrastructure et tout le reste. Je crois que vous l'avez très bien dit. L'aspect de la promotion de la santé et de la prévention fait partie de la réforme des soins de santé telle qu'elle est effectuée dans plusieurs provinces — l'Ontario, le Québec et ainsi de suite.

Nous nous rendons compte que nous devrions nous pencher sur les services de santé dans d'autres pays afin de voir ce qu'ils font, non seulement pour ce qui est des hôpitaux et des médecins, mais également pour les soins à domicile et le régime d'assurance-médicaments. Cela fait partie du programme de notre comité.

**Mme Hoffman:** Pour ce qui est de vos deux derniers commentaires, je ne crois pas qu'il y ait de différence entre ce que nous avons exprimé et ce que vous avez dit par rapport à l'importance de la réforme du système de soins de santé primaires comme étant la clé pour améliorer la prévention et la promotion. Il est essentiel que nous poursuivions dans cette direction.

Nous devrions examiner l'organisation des services dans d'autres pays. Il y a des travaux intéressants qui se font actuellement à cet égard et auxquels nous participons par l'entremise de l'OCDE.

Permettez-moi de revenir sur votre premier commentaire, à savoir qu'il ne faut pas poursuivre la prévention et la promotion seulement pour réaliser des économies. Je ne veux pas donner



anything about savings that might accrue in some areas through working on some risk factors relative to certain diseases or health conditions. There is a strong correlation between reduction in certain risk factors and reduction of certain diseases. We know that there are savings to be realized. The relationship between smoking and cardiovascular disease is clear; the evidence is already there. We know that reduction in smoking is the most important factor in reducing mortality and morbidity associated with cardiovascular disease.

When you add it all up, the relationship between certain risk factors and disease or health conditions is not absolutely clear. Even where it is clear, you do not know what other diseases might ensue.

Let us go back to one of my points about the factors contributing to health spending. Fiscal capacity and values of the public are such important drivers that it is not simply a question of looking at the state of health of the population, assessing the costs associated with the care and treatment of those diseases, and arriving at a budget for our health systems. All the forecasting problems we mentioned must also be factored in.

Our conclusion is that there are resources to be saved by the application of good prevention and health promotion measures. That is one reason to pursue them, but the most important reason is to have a healthier population for as long as life lasts for the individuals in question.

**The Chairman:** I have one last question. Given the importance of using primary health reform as the means of delivering a lot of effective health promotion programs, do you run into constitutional issues in the sense that certain provinces ask for the money and want to decide which programs to adopt?

I am trying to understand how, from a federal standpoint, we get around the fact that health is a provincial responsibility. Are there ways of delivering a prevention program without going through the provinces, or without getting into the worst box of all, which is give them the money and hope they spend it on something but have no guarantee?

**Ms Hoffman:** I could maybe divide the world of prevention and promotion activity broadly into two domains. The first has to do with the delivery of prevention and promotion services to individuals, which is what should happen, as primary care reform unfolds, through primary health care centres in communities where physicians and nurses and other providers are being supported to provide a certain basket of services to a population. They will be largely providing those services to individuals. Individuals will visit that health centre and receive services.

It is difficult for us to intervene directly or influence the basket of services delivered in that kind of environment. Having said that, we are currently involved in dialogues with provincial governments about what kinds of activity ought to be pursued

l'impression que nous ne savons rien du tout sur les économies qui pourraient se faire dans certains domaines à l'égard de facteurs de risque liés à certaines maladies ou conditions. Il y a une forte corrélation entre la réduction de certains facteurs de risque et la réduction de certaines maladies. Nous savons qu'il y a des économies à réaliser. La corrélation entre le tabagisme et les maladies cardio-vasculaires est claire; nous avons déjà les preuves. Nous savons que le fait de cesser de fumer est le facteur le plus important pour réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies cardio-vasculaires.

Si vous tenez compte de tous ces points, le rapport entre certains facteurs de risque et les maladies ou les conditions n'est pas toujours évident. Même lorsqu'il est évident, nous ne savons pas quelles autres maladies pourraient s'ensuivre.

Revenons sur un de mes commentaires concernant les facteurs qui contribuent aux dépenses en santé. La capacité financière et les valeurs du grand public sont des forces motrices tellement importantes que ce n'est pas seulement une question d'étudier l'état de santé d'une population, d'évaluer les coûts associés aux soins et au traitement de ces maladies, et d'établir un budget pour nos systèmes de soins de santé. Il faut également tenir compte de tous les problèmes de prévision que nous avons mentionnés.

Nous concluons qu'il y a des économies à réaliser en mettant en place de bonnes mesures de prévention et de promotion de la santé. Voilà une raison de continuer dans ce sens, mais la raison la plus importante c'est d'avoir une population en meilleure santé pendant toute la vie de ces personnes.

**Le président:** J'ai une dernière question. Étant donné l'importance de la réforme des soins primaires comme moyen de fournir beaucoup de programmes de promotion de la santé, est-ce que cela pose des questions constitutionnelles si certaines provinces demandent de l'argent et veulent décider quels programmes elles vont adopter?

J'essaie de comprendre comment, du point de vue du fédéral, nous pouvons composer avec le fait que la santé est une responsabilité provinciale. Y a-t-il des moyens de mettre en place un programme de prévention sans la participation des provinces, ou en évitant la pire situation, soit de leur donner l'argent en espérant qu'elles vont le dépenser pour les fins prévues, mais sans garantie?

**Mme Hoffman:** Il y a essentiellement deux grands domaines dans le monde de mesures de prévention et de promotion de la santé. Dans le premier cas, il y a la prestation de services de prévention et de promotion de la santé aux particuliers, soit ce qui devrait se produire, à mesure que la réforme des soins primaires progresse, dans les centres de soins de santé primaires dans les collectivités où les médecins et les infirmiers et infirmières et d'autres fournisseurs offrent certains services à une population moyennant un soutien. En général, ils fournissent ces services à des particuliers. Les particuliers se rendront au centre de santé et qui recevront les services.

Il est difficile pour nous d'intervenir directement ou d'influer sur les services offerts dans ce genre d'environnement. Cela dit, nous sommes en train de discuter avec les gouvernements provinciaux quant aux activités à fournir par l'entremise de ces



through primary health care centres. The Primary Health Care Transition Fund has a budget of \$800 million, and provides significant leverage for discussing that kind of activity with provinces.

The other domain is more population-wide. I do not mean all 30-plus million Canadians, but somewhat targeted. Population health and health promotion activity has long been an area where federal government involvement, expertise, and contributions have been recognized. We undertake those population-wide campaigns and activities generally speaking with provinces and with community organizations within provinces. That is an area where we can operate directly, albeit in partnership with NGOs and provinces.

**The Chairman:** You are saying that you have not run into the constitutional question on the promotion side. On the prevention side, you have.

**Ms Hoffman:** It is true to a degree. However, it is not as if we have been out there trying to deliver services to individuals ourselves.

**The Chairman:** I am not suggesting that. I am trying to understand something. If the federal government were to decide, on the basis of a recommendation of this committee, or on some other basis, that a significant increase in health promotion and prevention funding should be undertaken, are they then in a position of having to negotiate a federal-provincial agreement? Would we be in that position? Or are we in the position that having decided to do it, the federal government could do it?

**Ms Hoffman:** Perhaps it turns on what one might construe as an agreement. The first ministers' accord on health was signed last fall. Following on from that, once the first ministers agreed that primary care was a significant priority, the federal government allocated \$800 million to support transition costs for primary care reform.

Without passing judgment on whether or not the amount of money could have been augmented, if someone were to say in the future that the federal government is prepared to invest more money in primary health care, we will have the means — and we are pursuing those now with provinces — to put that money in the hands of those primary health care centres through the provinces.

**The Chairman:** I understand you can funnel the money the way you want into primary care. Suppose we want to be more targeted than just primary care. We understand that primary care has to be delivered, but we really want the money to be focused on health prevention and health promotion activities, and primary care simply becomes a delivery mechanism. Is it possible to do that, or does that require a new federal-provincial agreement?

**Ms Hoffman:** It certainly requires federal-provincial concurrence. Not to dwell on the current money and the current program that we are discussing with provinces, but at one level, it simply requires governments to agree they want to see more of that primary care resource directed to prevention and promotion. That is on the table now in our discussions with provinces, and it

centres de soins de santé primaires. Le Fonds de transition en soins de santé primaires dispose d'un budget de 800 millions de dollars et sert de levier important dans les discussions sur ces activités avec les provinces.

L'autre domaine est plutôt axé sur la population. Je ne parle pas des 30 millions de Canadiens et plus, mais de populations ciblées. On reconnaît depuis longtemps la participation, l'expertise et les contributions du gouvernement fédéral dans les activités de promotion de la santé et de santé de la population. Nous entreprenons généralement ces activités et ces campagnes axées sur la population avec les provinces et avec les organisations communautaires à l'intérieur des provinces. C'est un domaine où nous pouvons intervenir directement, quoiqu'en partenariat avec les ONG et les provinces.

**Le président:** Vous dites que vous n'avez pas entendu parler de la question constitutionnelle pour ce qui est de la promotion. Pour la prévention oui, par contre.

**Mme Hoffman:** C'est vrai dans une certaine mesure. Mais ce n'est pas comme si nous avions essayé d'offrir nous-mêmes des services aux particuliers.

**Le président:** Ce n'est pas ce que je dis. J'essaie de comprendre quelque chose. Si le gouvernement fédéral décidait, par suite d'une recommandation de notre comité ou pour toute autre raison, qu'il faut augmenter de manière significative les fonds destinés à la promotion de la santé et à la prévention, faudrait-il alors négocier un accord fédéral-provincial? Y serions-nous obligés? Ou est-ce que le gouvernement fédéral pourrait agir comme il l'aurait décidé?

**Mme Hoffman:** Peut-être que tout cela dépend de ce qu'on appelle un accord. L'accord des premiers ministres sur la santé a été signé l'automne dernier. Une fois que les premiers ministres se sont entendus sur la priorité à accorder aux soins primaires, le gouvernement fédéral a octroyé 800 millions de dollars au chapitre des coûts de transition de la réforme des soins primaires.

Sans juger de l'opportunité d'augmenter ou non cette somme, si quelqu'un disait qu'à l'avenir le gouvernement fédéral est prêt à investir davantage dans les soins de santé primaires, nous aurions les moyens — et nous en parlons actuellement avec les provinces — de mettre cet argent entre les mains des centres de soins de santé primaires par l'entremise des provinces.

**Le président:** Je comprends que vous puissiez investir l'argent comme vous voulez dans les soins primaires. Mais supposons qu'on veuille une cible plus précise que les soins primaires. Nous comprenons que les soins primaires doivent être assurés, mais nous voulons vraiment que l'argent soit destiné aux activités de prévention et de promotion de la santé, et les soins primaires ne sont qu'un mécanisme de prestation de services. Est-ce possible ou faut-il un nouvel accord fédéral-provincial?

**Mme Hoffman:** Il faut certainement un accord fédéral-provincial. Non pas pour insister sur les fonds et le programme actuels qui font l'objet de discussions avec les provinces, mais il faut simplement que les gouvernements s'entendent sur la nécessité de consacrer davantage des ressources affectées aux soins primaires à la prévention et à la promotion.

was one of the priorities in the first ministers' agreement from last fall.

**Senator Morin:** The federal government has a very important role in health promotion. The best example of that is that the tobacco issue is entirely in federal hands, and we are not tackling it.

**Ms Garrard:** Some other models do health promotion at the community level. The children's programs that we do — Aboriginal Head Start, the Community Action Program for Children, and the Canada Prenatal Nutrition Program — are cooperative programs with provinces targeted to certain outcomes, so there are ways of doing it. Certainly there is a lot of research, surveillance, infrastructure, testing of innovative models, and sharing of best practices, in addition to social marketing and messaging, that are clearly and undisputedly areas where they look for federal leadership.

**Mr. Halliwell:** I should like to mention the issue that arose previously. You have to be careful not to silo the money for these activities, because the best benefits from integrated care come from the savings associated with particular costs being inside the same envelope. If someone else gets the savings, then the incentive to accrue them is not the same. In the description Ms Garrard gave of the effectiveness of programs in a nursing home, the nursing home is internalizing the savings and doing that calculation, and they have the incentive to realize those savings. If you silo money in many different activities, you will not get that effect.

**The Chairman:** The costs will accrue to you and the savings to someone else, so the incentive to save the money does not materialize.

I thank all of you for attending. I appreciate your information. It was very helpful.

The committee adjourned.

C'est une chose dont on discute déjà avec les provinces et c'est l'une des priorités de l'accord des premiers ministres de l'automne dernier.

**Le sénateur Morin:** Le gouvernement fédéral a un rôle très important à jouer dans la promotion de la santé. Le meilleur exemple, c'est la question du tabac, qui relève entièrement du fédéral, et nous ne nous en occupons pas.

**Mme Garrard:** Dans d'autres modèles, la promotion de la santé se fait au niveau communautaire. Nos programmes destinés aux enfants, comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale sont des programmes de collaboration avec les provinces visant certains résultats. Il y a donc moyen d'agir ensemble. Le leadership fédéral est certainement incontesté et en demande dans les domaines de la recherche, de l'observation, des infrastructures, de la mise à l'épreuve de modèles innovateurs, dans le partage des pratiques exemplaires, en plus du marketing social et de la sensibilisation.

**M. Halliwell:** J'aimerais revenir à une question dont on a parlé précédemment. Il faut s'assurer de ne pas isoler l'argent destiné à ces activités, puisque le grand avantage de l'intégration des soins provient des économies liées aux coûts particuliers qui se trouvent dans le même secteur. Si quelqu'un d'autre doit en profiter, il n'y a plus le même avantage pour ceux qui font ces économies. Dans la description donnée par Mme Garrard de l'efficacité des programmes dans les foyers de soins infirmiers, les économies se font à l'interne et quand on fait le calcul, on voit leur avantage. Si l'argent est cloisonné dans diverses activités, l'effet ne sera plus le même.

**Le président:** Vous en assumerez les coûts et quelqu'un d'autre aura les économies; on ne vous encourage donc pas à faire des économies.

Merci à tous pour votre participation. Je vous remercie pour l'information. Elle était très utile.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

---

WITNESSES—TÉMOINS

*From Health Canada:*

Abby Hoffman, Director General, Health Care Directorate,  
Health Policy and Communications Branch;

Cliff Halliwell, Director General, Applied Research  
and Analysis Directorate, Information, Analysis and  
Connectivity Branch;

Nancy Garrard, Director, Division of Aging and Seniors.

*De Santé Canada:*

Abby Hoffman, directrice générale, Direction des soins de  
santé, Direction générale de la politique de la santé et des  
communications;

Cliff Halliwell, directeur général, Direction de la recherche  
appliquée et de l'analyse, Direction générale de  
l'information, de l'analyse et de la connectivité;

Nancy Garrard, directrice, Division du vieillissement et des  
aînés.





First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Social Affairs, Science and Technology

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, April 25, 2001

Le mercredi 25 avril 2001

Issue No. 8

Fascicule n° 8

**First and last meeting on:**  
Bill S-14,  
An Act respecting Sir John A. Macdonald Day  
and Sir Wilfred Laurier Day

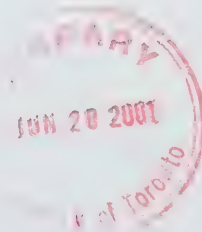
**Première et dernière réunion concernant:**  
Le projet de loi S-14,  
Loi instituant la Journée sir John A. Macdonald  
et la Journée sir Wilfred Laurier

INCLUDING:  
THE THIRD REPORT OF THE COMMITTEE  
(Budget)

Y COMPRIS:  
LE TROISIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(Budget)

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Graham, P.C.,
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Murray, P.C.,
Fairbairn, P.C.,	Robertson
Forrestall	Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Changes in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Forrestall was substituted for that of the Honourable Senator Cohen (*April 25, 2001*).

The name of the Honourable Senator Murray was added (*April 25, 2001*).

The name of the Honourable Senator Morin was substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*April 24, 2001*).

The name of the Honourable Senator Cordy was substituted for that of the Honourable Senator Hubley (*April 5, 2001*).

The name of the Honourable Senator Fairbairn, P.C. was substituted for that of the Honourable Senator Morin (*April 5, 2001*).

The name of the Honourable Senator Hubley was substituted for that of the Honourable Senator Cordy (*April 5, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Graham, c.p.
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Murray, c.p.,
Fairbairn, c.p.,	Robertson
Forrestall	Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Forrestall est substitué à celui de l'honorable sénateur Cohen (*le 25 avril 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Murray, c.p. est ajouté (*le 25 avril 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 24 avril 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Cordy est substitué à celui de l'honorable sénateur Hubley (*le 5 avril 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn, c.p. est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 5 avril 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Hubley est substitué à celui de l'honorable sénateur Cordy (*le 5 avril 2001*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, April 25, 2001

(9)

*[English]*

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 4:17 p.m., the Chairman, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Forrestall, Graham, P.C., Kinsella, Kirby, LeBreton, Murray, P.C., Morin, Robertson and Roche (13).

*Other senators present:* The Honourable Senators Beaudoin and Lynch-Staunton (2).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: David Goetz.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, February 20, 2001, the committee began its consideration of Bill S-14, respecting Sir John A. Macdonald Day and Sir Wilfrid Laurier Day.

**WITNESSES:**

The Honourable John Lynch-Staunton, *Sponsor of the bill.*

*From McGill University:*

Desmond Morton, Director, McGill Institute for the Study of Canada.

Senator Lynch-Staunton and Professor Morton each made a presentation and answered questions from the members.

It was agreed — That the committee dispense with clause-by-clause consideration of Bill S-14 and that the Chairman report the bill, without amendment, to the Senate.

It was agreed — That the brief submitted by Professor Morton be printed in the issue of the committee.

It was agreed — That the following budget application for the committee's Special Study on Canadian Identity be approved for submission to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration.

**SUMMARY OF EXPENDITURES**

Professional and Special Services	\$ 7,500
Transportation and Communications	10,000
Other Expenditures	1,000
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 18,500</b>

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le mercredi 25 avril 2001

(9)

*[Traduction]*

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 16 h 17 dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Forrestall, Graham, c.p., Kinsella, Kirby, LeBreton, Murray, c.p., Morin, Robertson et Roche (13).

*Autres sénateurs présents:* Les honorables sénateurs Beaudoin et Lynch-Staunton. (2)

*Également présent:* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, David Goetz.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 20 février 2001, le comité entame l'examen du projet de loi S-14, Loi instituant la Journée Sir John A. Macdonald et la Journée Sir Wilfrid Laurier.

**TÉMOINS:**

L'honorable sénateur John Lynch-Staunton, *parrain du projet de loi.*

*De l'Université McGill:*

Desmond Morton, directeur, Institut d'études canadiennes de McGill.

Le sénateur Lynch-Staunton et le professeur Morton font chacun une présentation et répondent aux questions des membres du comité.

Il est convenu — Que le comité se dispense de procéder à l'examen article par article du projet de loi S-14 et que le président présentera le projet de loi non modifié au Sénat.

Il est convenu — Que le mémoire déposé par le professeur Morton soit imprimé dans le fascicule du comité.

Il est convenu — Que la demande de budget suivante visant l'étude spéciale du Comité sur l'identité canadienne soit approuvée aux fins de présentation au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration.

**SOMMAIRE DE DÉPENSES**

Services professionnels et spéciaux	7 500 \$
Transports et communications	10 000
Autres dépenses	1 000
<b>TOTAL</b>	<b>18 500 \$</b>



At 5:10 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

À 17 h 10, le comité suspend s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ:

*La greffière suppléante du comité,*

Josée Thérien

*Acting Clerk of the Committee*

**REPORT OF THE COMMITTEE**

OTTAWA, Tuesday, April 24, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

**THIRD REPORT**

Your Committee, which was authorized by the Senate on March 1st, 2001, to examine and report upon the state of the health care system in Canada, respectfully requests, that it be empowered, to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be necessary for the purpose of such study.

Pursuant to section 2:07 of the Procedural Guidelines for the Financial Operation of Senate Committees, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that Committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

*Le président,*

MICHAEL KIRBY

*Chair*

**RAPPORT DU COMITÉ**

OTTAWA, le mardi 24 avril 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

**TROISIÈME RAPPORT**

Votre Comité, autorisé par le Sénat le 1<sup>er</sup> mars 2001 à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada, demande respectueusement, que le Comité soit autorisé à retenir les services d'avocats, de conseillers techniques et de tout autre personnel jugé nécessaire aux fins de ses travaux.

Conformément à l'article 2:07 des Directives régissant le financement des comités du Sénat, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

**APPENDIX (A) TO THE REPORT**  
**THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY**  
**SPECIAL STUDY ON HEALTH CARE SYSTEM**  
**APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2002**

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, March 1, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator LeBreton, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

- (a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;
- (b) The historical development of Canada's health care system;
- (c) Health care systems in foreign jurisdictions;
- (d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and
- (e) The role of the federal government in Canada's health care system;

That the papers and evidence received and taken on the subject and the work accomplished during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

*Clerk of the Senate*

**SUMMARY OF EXPENDITURES**

Professional and Special Services	\$ 87,031
Transportation and Communications	197,244
Other Expenditures	<u>13,000</u>
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 297,275</b>

The foregoing budget was approved by the Committee \_\_\_\_\_

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Hon. Senator Michael Kirby  
Chair, Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Hon. Senator Richard Kroft  
Chair, Standing Senate Committee on Internal Economy, Budgets and Administration



**STANDING COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY  
EXPLANATION OF COST ELEMENTS**

**PROFESSIONAL AND SPECIAL SERVICES**

1. Freelance Reporters		
2000\$/day x 15 days (transcript production)	30,000	
300\$/day x 15 days for French Reporter	4,500	
2. Communications Consultant		
20 days x \$700	14,000	
3. Working Meals (0415)		
Working lunches and dinners		
(25 meals at \$ 200)	5,000	
4. Interpretation Equipment (0412)		
\$1,800/day x 2 days (Vancouver)	3,600	
\$1,805/day (Edmonton)	1,805	
\$3,540/day (Regina)	3,540	
\$1,805/day (Winnipeg)	1,805	
\$1,805/day x 2 days (Toronto)	3,610	
\$1,805/day x 2 days (Montreal)	3,610	
\$5,308/day (St.John's)	5,308	
\$1,940/day (Halifax)	1,940	
\$2,773/day(Charlottetown)	2,773	
\$1,940/day (Fredericton)	1,940	
2 extra days : \$1,800/day	<u>3,600</u>	
Subtotal	33,531	\$ 87,031

**TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS**

1. Travel Expenses (0203)

**Committee travel across Canada**

14 participants  
(7 Senators, 1 researcher, 2 staff , 1 French Reporter, 3 interpreters)  
2 English reporters to travel east

**Air transportation:**

7 x \$9,200 (business class – \$5,500 West, \$3,700 East)	64,400
7 x \$8,300 (economy class \$4,900 West, \$3,400 East)	58,100
2 x \$3,400 (economy class)	6,800

**Rail Transportation:**

9 x \$400 (Via I)	3,600
-------------------	-------

**Ground transportation:**

Minibus rental (10 cities x \$550)	5,500
6 taxis x \$25 x 16 participants	2,400

**Per diem & incidentals:**

15 days [47.90 (meals) + 11.50(incidentals)] x 14 participants	12,474
7 days [47.90 (meals) + 11.50(incidentals)] x 2 reporters	840

**Hotel accommodation:**

2 nights at \$160/night (Vancouver) x 14 participants	4,480
1 night at \$100/night (Edmonton) x 14 participants	1,400
1 night at \$110/night (Regina) x 14 participants	1,540
1 night at \$85/night (Winnipeg) x 14 participants	1,190
2 nights at \$115/night (Toronto) x 14 participants	3,220
2 nights at \$115/night (Montreal) x (14 participants + 2 reporters)	3,680
2 nights at \$100/night (St.John's) x (14 participants + 2 reporters)	3,200
1 night at \$95/night (Halifax) x (14 participants + 2 reporters)	1,520
1 night at \$100/night (Charlottetown) x (14 participants + 2 reporters)	1,600
1 night at \$95/night (Fredericton) x (14 participants + 2 reporters)	1,520
2 extra nights in chosen cities (2 nights x 100\$) x 16	3,200
Contingencies	<u>3,000</u>
Subtotal	183,664

**2. Videoconferences**

4 days (6 hours) scheduled at local normal business hours

2 cities in Europe	
6 hours in each city at \$350/hour	4,200
Technician: 6 hours at \$200/hour	2,400

Australia (Sydney)	
6 hours at \$230/hour	1,380
Technician: 6 hours at \$200/hour	2,400

Washington, D.C. (United States)	
6 hours at \$350/hr	2,100
Technician: 6 hours at \$150/hour	900

50\$ scheduling fee per city	<u>200</u>
------------------------------	------------

Subtotal	13,580	<b>197,244</b>
----------	--------	----------------

**ALL OTHER EXPENDITURES**

1. Miscellaneous expenses (0799)	1,000	
2. Meeting Room rental (outside Ottawa)	10,000	
3. Printing (binding Reports) – 4 reports at \$500	<u>2,000</u>	
Subtotal	13,000	<u><b>13,000</b></u>
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 297,275</b>

The Senate Administration has reviewed this budget application.

\_\_\_\_\_  
Heather Lank  
Director of Committees and Private Legislation

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Richard Ranger  
Director of Finance

\_\_\_\_\_  
Date

## ANNEXE (A) AU RAPPORT

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES,  
DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIEÉTUDE SPECIALE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ  
DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2002

Extrait des Journaux du Sénat du 1<sup>er</sup> mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner:

- a) Les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé au Canada;
- b) L'historique du système de soins de santé au Canada;
- c) Les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;
- d) Le système de soins de santé au Canada — pressions et contraintes;
- e) Le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déferés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002; et

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Paul Bélisle

## SOMMAIRE

Services professionnels et autres	87 031 \$
Transports et communications	197 244
Autres dépenses	13 000
<b>TOTAL</b>	<b>297 275 \$</b>

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité le \_\_\_\_\_.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
l'hon. Sénateur Michael Kirby  
Président, Comité sénatorial permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
l'Hon. Sénateur Richard Kroft  
Président, Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration



**LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES,  
DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE  
EXPLICATIONS DES POSTES DE DÉPENSES**

**SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES**

1. Sténographes à la pige		
2000 \$/jour x 15 jours (production des transcriptions)	30 000	
300 \$/jour x 15 jours pour sténographe français	4 500	
2. Agent de communications		
20 jours à 700 \$/jour	14 000	
3. Repas de travail (0415)		
25 repas à 200 \$ chacun	5 000	
4. Équipement d'interprétation (0412)		
1 800 \$/jour x 2 jours (Vancouver)	3 600	
1 805 \$/jour (Edmonton)	1 805	
3 540 \$/jour (Regina)	3 540	
1 805 \$/jour (Winnipeg)	1 805	
1 805 \$/jour x 2 jours (Toronto)	3 610	
1 805 \$/jour x 2 jours (Montréal)	3 610	
5 308 \$/jour (St.John's)	5 308	
1 940 \$/jour (Halifax)	1 940	
2 773 \$/jour (Charlottetown)	2 773	
1 940 \$/jour (Fredericton)	1 940	
3 jours supplémentaires: 1 800 \$/jour	5 400	
Sous total	33 531	<b>87 031 \$</b>

**TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS**

1. Frais de déplacement (0203)

**Comité voyagera à travers le Canada**

14 participants

(12 sénateurs, 1 agent de recherche et 2 employés et 1 sténographe français, 3 interprètes)

2 sténographes anglais pour voyager à l'est

**Transport aérien:**

7 x 9 200 \$ (classe affaires 5 500\$ ouest, 3 700\$ est)	64 400
7 x 8 300 \$ (classe économie 4 900\$ ouest, 3 400\$ est)	58 100
2 x 3 400 \$ (classe économie)	6 800

**Transport ferroviaire:**

9 x \$400 (Via I)	3,600
-------------------	-------

**Transport au sol:**

Minibus (10 villes x \$550)	5,500
6 taxis x \$25 x 16 participants	2,400

**Per diem et imprévus:**

15 jours [47.90 (repas) + 11.50(imprévus)] x 14 participants	12,474
7 jours [47.90 (repas) + 11.50(imprévus)] x 2 sténographes	840

**Hébergement à l'hôtel:**

2 nuits à 160 \$/nuit (Vancouver) x 14 participants	4 480
1 nuits à 100 \$/nuit (Edmonton) x 14 participants	1 400
1 nuit à 110 \$/nuit (Regina) x 14 participants	1 540
1 nuit à 85 \$/nuit (Winnipeg) x 14 participants	1 190
2 nuits à 115 \$/nuit (Toronto) x 14 participants	3 220
2 nuits à 115 \$/nuit (Montréal) x 14 participants	3 680
2 nuits à 100 \$/nuit (St-Jean - T.-N.) x 14 participants	3 200
1 nuit à 95 \$/nuit (Halifax) x 14 participants + 2 sténographes)	1 520
1 nuit à 100 \$/nuit (Charlottetown) x 14 participants + 2 sténographes	1 600
1 nuit à 95 \$/nuit (Fredericton) x 14 participants + 2 sténographes	1 520
2 nuits supplémentaires dans des villes choisies (2 nuits x 100\$) x 16	3 200
Imprévus	<u>3 000</u>
Sous total	183 664

**2. Vidéoconférences**

4 jours (6 heures) cédulées aux heures d'affaires locales	
2 villes en Europe	
6 heures dans chacune des villes à 350 \$ / heure	4 200
Technicien: 6 heures à 200 \$/heure	2 400
Australie (Sydney)	
6 heures à 230 \$/heure	1 380
Technicien: 6 heures à 200 \$/heure	2 400
Washington, D.C. (États-Unis)	
6 heures à 350 \$/heure	2 100
Technicien: 6 heures à 150 \$/heure	900
50 \$ frais d'administration par ville	<u>200</u>
Sous total	13 580
	<b>197 244 \$</b>

**AUTRES DÉPENSES**

1. Divers (0799)	1 000
2. Location de salles de réunion (à l'extérieur d'Ottawa)	10 000
3. Impression (relier rapports) – 4 rapports à 500 \$ chacun	<u>2 000</u>
Sous total	13 000
<b>TOTAL</b>	<b>297 275 \$</b>

L'administration du Sénat a examiné le budget

Heather Lank  
Directeur des Comités et de la Législation privée

Date

Richard Ranger  
Directeur des Finances

Date

**APPENDIX (B) TO THE REPORT**

Thursday, April 5, 2001

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2002 for the purpose of its Special Study on the Health Care System, as authorized by the Senate on Thursday, March 1, 2001. The approved budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 5,000
Transport and Communications	0
Miscellaneous	<u>0</u>
<b>Total</b>	<b>\$ 5,000</b>

Respectfully submitted,

*Le président,*

RICHARD H. KROFT

*Chairman***ANNEXE (B) AU RAPPORT**

Le jeudi 5 avril 2001

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget présenté par le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie pour les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2002 aux fins de leur Étude spéciale sur le système de santé tel qu'autorisé par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001. Le budget approuvé se lit comme suit:

Services professionnels et autre	5 000 \$
Transports et des communications	0
Divers	<u>0</u>
<b>Total</b>	<b>5 000 \$</b>

Respectueusement soumis,



## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, April 25, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill S-14, respecting Sir John A. Macdonald Day and Sir Wilfrid Laurier Day, met this day at 4:17 p.m. to give consideration to the bill.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Honourable senators, we are here to consider Bill S-14, respecting Sir John A. Macdonald Day and Sir Wilfrid Laurier Day, a bill that was introduced by Senator Lynch-Staunton.

We have as witnesses the sponsor of the bill, Senator Lynch-Staunton, as well as Professor Desmond Morton from McGill University, whom all of us know as one of the country's leading historians. Thank you very much for attending here.

Senator Lynch-Staunton, perhaps you could tell us the background of the bill from your point of view. Professor Morton has given us a short brief, which I think he will read or at least summarize, after which we would be delighted to discuss it with you.

**Hon. John Lynch-Staunton, sponsor of the bill:** Honourable senators, it is a pleasure to be here to talk about this bill, which I hope will meet with your approval.

The purpose of the bill is simple — to recognize two great Canadians. One is considered the leading Father of Confederation and the other the first Prime Minister from Quebec who was, during difficult days, a strong proponent of national unity. You will recall that in the last Parliament Senator Grimard introduced a bill to recognize Sir John A. Macdonald. At that time, we sensed there was a feeling on the part of senators that that had too much of a partisan purpose. Thus, a bill recognizing Sir Wilfrid Laurier was also introduced by our side. Thanks to prorogation, the bills fell off the Order Paper. To stress the non-partisanship of the recognition of the two, the two names were put together in one bill. What we are recognizing here are two great Canadians, not a Tory or a Liberal, but two great Canadians who belonged to two great political parties.

I will not speak too much about Sir Wilfrid Laurier and Sir John A. Macdonald, certainly not in the presence of Professor Morton. I will let him do that.

First, I want to stress that the bill does not call for a statutory holiday. The bill calls for two days of recognition of two Canadians, using their birthdays as those days of recognition. Sir John A. Macdonald's birthday is January 11; Sir Wilfrid Laurier's is November 20. These would be days of recognition. They have no economic or monetary implications. They are simply intended to be put on our calendar on those days as days of

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 25 avril 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, à qui a été renvoyé le projet de loi S-14, Loi instituant la Journée Sir John A. Macdonald et la Journée Sir Wilfrid Laurier, se réunit aujourd'hui à 16 h 17 pour examiner le projet de loi.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Honorables sénateurs, nous examinons aujourd'hui le projet de loi S-14 instituant la Journée Sir John A. Macdonald et la Journée Sir Wilfrid Laurier, que le sénateur Lynch-Staunton a présenté.

Nous avons deux témoins, soit le parrain du projet de loi, le sénateur Lynch-Staunton, de même que le professeur Desmond Morton de l'université McGill, que nous connaissons tous comme étant l'un des grands historiens du Canada. Merci beaucoup à vous deux d'être là.

Sénateur Lynch-Staunton, auriez-vous l'obligeance de nous parler du contexte dans lequel vous avez élaboré ce projet de loi. Le professeur Morton nous a remis un bref mémoire qu'il lira, je pense, ou résumera à tout le moins, après quoi nous nous ferons un plaisir de discuter avec vous.

**L'honorable John Lynch-Staunton, parrain du projet de loi:** Honorables sénateurs, je suis heureux d'être ici aujourd'hui pour vous parler de ce projet de loi qui recevra, je l'espère, votre approbation.

L'objectif de cette mesure législative est simple — soit de reconnaître deux grands Canadiens. L'un est considéré comme le père fondateur de la Confédération. L'autre, qui a été le premier premier ministre du Québec à une époque difficile, était un fervent défenseur de l'unité nationale. Vous vous souviendrez que lors de la dernière législature, le sénateur Grimard avait déposé un projet de loi visant à reconnaître sir John A. Macdonald. À ce moment-là, nous sentions que certains sénateurs croyaient que le projet de loi était trop partisan. C'est pourquoi, de notre côté, nous avons également présenté un projet de loi visant à reconnaître, cette fois, sir Wilfrid Laurier. La prorogation a entraîné la mort au *Feuilleton* des projets de loi. Pour insister sur le caractère non partisan des deux projets de loi, nous avons réuni les deux noms dans un seul projet. Ce que nous reconnaissons ici, ce sont deux grands Canadiens, non pas un conservateur ou un libéral, mais deux grands Canadiens qui ont appartenu à deux grands partis politiques.

Je ne vais pas vous parler longuement de sir Wilfrid Laurier et de sir John A. Macdonald, certainement pas en présence du professeur Morton. Je vais lui laisser le soin de le faire.

D'abord, je tiens à dire que le projet de loi ne prévoit pas l'institution d'un congé férié. Il prévoit deux jours au cours desquels on reconnaîtra deux Canadiens, soit les jours de leur date de naissance respective. Sir John A. Macdonald est né le 11 janvier alors que sir Wilfrid Laurier a vu le jour le 20 novembre. On consacrerait ces deux journées-là à la reconnaissance des deux hommes. Il n'y a aucune répercussion économique

official recognition by the Parliament of Canada. This would allow Canadians, thanks to Canadian Heritage in particular and other government departments and individuals across the country, to know these two better and to understand their key roles in the creation and the development of this country.

As far as holidays and days of recognition are concerned, our research shows that there does not seem to be any pattern. For instance, the Canadian Heritage Web site has information on the Workers Mourning Day Act, which is on April 28, and which will be marked on Saturday by all flags on all federal buildings being at half staff. The Workers Mourning Day Act was created by an act of Parliament but is not included in the Canadian Heritage Web site calendar of statutory holidays, theme days, and weeks and months of national and international heritage.

National Flag Day was the result of a declaration by the Prime Minister. He announced that February 16 would be National Flag Day. As a result, we have National Flag Day.

Heritage Day is recognized by Heritage Canada but it has no legislative underpinning.

We also have a National Day of Remembrance Act, following the terrible tragedy at the University of Montreal in December 1989. That day, which is December 6, is known as the National Day of Remembrance and Action on Violence Against Women.

We have days recognized by Parliament, days recognized by a government department and days recognized by the Prime Minister.

We also have the Holidays Act, which recognizes Canada Day, Remembrance Day and Victoria Day. The purpose of that act is to instruct employers that there is an obligation on their part to remunerate with overtime workers who are called in on those three days.

Finally, we went through the Web site of Canadian Heritage where we saw many days in the year that are given some prominence insofar as organizations are concerned. There is International Women's Week, World Theatre Day, International Dance Day and Canada Book Day, to name but a few. However, nowhere have we found individuals being recognized. Nowhere in the Canadian Heritage calendar are any individuals recognized as such — certainly no Canadians. Victoria Day is still called Victoria Day by many people. However, no Canadians are recognized anywhere, either for statutory holidays or days of recognition. There is room for leading Canadians to be put on this calendar and to get the recognition they deserve. Who better to start with than Sir John A. Macdonald and Sir Wilfrid Laurier.

ou financière. Nous visons simplement par là à en faire des journées de reconnaissance officielle par le Parlement du Canada, ce qui permettrait aux Canadiens, grâce au Patrimoine canadien, plus particulièrement, ainsi qu'à d'autres ministères et particuliers de tout le Canada, de mieux connaître ces deux hommes et de comprendre les rôles essentiels qu'ils ont joués dans la création et le développement de notre pays.

En ce qui concerne les congés et les jours de reconnaissance, notre recherche montre qu'il ne semble pas y avoir de modèle. Par exemple, le site Web du Patrimoine canadien comporte certains renseignements sur la Loi sur le jour de compassion pour les travailleurs, qu'on a fixé au 28 avril, et qui sera souligné samedi par la mise en berne des drapeaux ici même. Bien que créée par le Parlement, cette loi ne se retrouve pas sur le site Web du Patrimoine canadien où l'on fait état des jours fériés, des jours thématiques ou encore des semaines et des mois du patrimoine national et international.

La Journée du drapeau national a été instituée par suite d'une déclaration du premier ministre. Il a annoncé que le 16 février serait la Journée du drapeau national, et c'est comme ça que cette journée a été instituée.

La Journée du patrimoine est reconnue par Patrimoine canadien mais aucune mesure législative ne la sous-tend.

Nous avons également la Loi sur une journée nationale de commémoration, laquelle vient donner suite à la terrible tragédie de l'Université de Montréal survenue le 6 décembre 1989. Ce jour est reconnu comme la Journée nationale de commémoration et d'activités concernant la violence dirigée contre les femmes.

Certains jours sont reconnus par le Parlement, d'autres par un ministère et d'autres enfin, par le premier ministre.

Nous avons également promulgué la Loi instituant des jours de fête légale, qui vient reconnaître la Fête du Canada, le jour du Souvenir et le Jour de Victoria. Cette loi vise à rappeler aux employeurs qu'ils sont obligés de payer en surtemps leurs employés qui doivent travailler au cours de ces trois journées.

Nous avons enfin parcouru le site Web du Patrimoine canadien où nous avons constaté qu'il y a de nombreux jours que l'on souligne au cours de l'année, au moins au sein de certaines organisations. Il y a la Semaine internationale de la femme, la Journée mondiale du théâtre, la Journée internationale de la danse et la Journée canadienne du livre, pour ne nommer que ceux-là. Nulle part, cependant, n'avons-nous trouvé un événement venant reconnaître une personne. Nulle part dans le calendrier du Patrimoine canadien ne retrouve-t-on de jours venant reconnaître des particuliers comme tels — certainement pas des Canadiens. Le Jour de Victoria est toujours désigné ainsi par de nombreuses personnes. Cependant, aucun Canadien n'est reconnu nulle part, que ce soit pour un congé férié ou pour un jour de reconnaissance. Il y a sur ce calendrier de la place où inscrire le nom de grands Canadiens auxquels on pourrait rendre la reconnaissance qu'ils méritent. Qui choisir de mieux pour commencer que sir John A. Macdonald et sir Wilfrid Laurier?



Mr. Chairman, that is all I have to say about the background of how holidays are declared or not declared. There is no general pattern to it. Unless there are questions on this particular aspect of my presentation, I would ask Professor Morton to talk more to the point.

**Mr. Desmond Morton, Director, McGill Institute for the Study of Canada:** Mr. Chairman, I prepared words about the significance of these two men and some reminders of some of the great phrases that they have left with us. However, as I look around the committee, it is clearly evident to me that the honourable senators of this committee do not need history lessons from me.

What I did think I could do, perhaps, is to think of ways of inviting you to help Canadians to think about their past and this country through these two individuals, not necessarily to them exclusively. They are important individuals. They are the two prime ministers who gave early shape to this country of ours. They were not partners like Lafontaine and Baldwin or Mackenzie King and Ernest Lapointe. They were political opponents with all the differences that our adversarial system creates.

Canada made them surprisingly similar, too, when faced with the responsibilities of power because the realities of this country do not change very easily even when governments change. Perhaps that vital lesson and its consequences make it a little more worthwhile to study these two leaders, because along with their steadfast vision of Canada and its potential came a skill in compromise that history has shown to be indispensable for any common future.

I could go on to illustrate that from their phrases, but you have or can have the text of what I was going to say. As such, I do not think it is necessary to repeat them here, although I am happy to do so.

What is necessary to remind you of is the sense among Canadians across the country united by differences of language and experience that we are not as solidly aware of our traditions and our past as we might be, for good and ill. There are some features of our past that we might well think were worth burying. Not all of our past is glorious, honourable or noble. Not all the things these two men did were utterly and unquestionably admirable. That is an American tradition, which I think is called *suppressio veri*. There is an awful lot to learn from these individuals, as they saw their country, their time and their fellow Canadians with a realism that I think people who follow the profession of politics — and a noble profession it is — will appreciate more than those who avoid the temptation to deal with reality. I think they are civics lessons in three dimensions. They are not two-dimensional heroes but three-dimensional real Canadians who, in their lifetimes, dealt with the issues that in many cases we still face. As one looks over their respective lifetimes and their interactions, one sees that they dealt with them with a certain nobility and a certain farsightedness that has made them great models and great leaders for this country, not perfect, but human — and, as humans, a little larger than the average, to

Monsieur le président, c'est tout ce que j'ai à dire quant à la façon dont on décide de déclarer ou non des congés. Il n'y a pas de modèle général à suivre. À moins qu'il y ait des questions sur cet aspect précis de ma présentation, je vais maintenant demander au professeur Morton de nous donner plus de détails sur la question.

**M. Desmond Morton, directeur, Institut d'études canadiennes de McGill:** Monsieur le président, j'ai préparé quelques notes sur l'importance de ces deux hommes et tiré certaines citations des grandes réflexions qu'ils nous ont laissées. Cependant, quand je regarde ici autour de moi, il me semble on ne peut plus évident que les honorables sénateurs membres de ce comité n'ont pas de leçon d'histoire à recevoir de moi.

Ce que j'ai pensé faire, peut-être, c'est de chercher des façons de vous inviter à aider les Canadiens à réfléchir sur leur passé et sur leur pays par le truchement de ces deux personnes, plutôt que de penser seulement à eux-mêmes. Il s'agit là de deux personnes importantes. Ce sont les deux premiers ministres qui ont donné sa toute première forme à notre pays. Ils n'étaient pas des partenaires, comme Lafontaine et Baldwin ou Mackenzie King et Ernest Lapointe. C'étaient des adversaires politiques, portant toutes les différences que notre système conflictuel peut susciter.

Le Canada en a aussi fait deux hommes étonnamment semblables lorsqu'ils ont dû assumer les responsabilités du pouvoir, les réalités de notre pays ne changeant pas très facilement même lorsque les gouvernements changent. Peut-être cette leçon essentielle et ses conséquences font-elles en sorte d'augmenter l'utilité d'étudier ces deux leaders parce que leur nette vision du Canada et de son potentiel se doublait d'un sens du compromis que l'histoire a montré comme indispensable à tout avenir partagé.

Je pourrais continuer à illustrer ces réflexions par des phrases qu'ils ont dites, mais vous avez ou vous pouvez obtenir le texte de ce que je voulais vous lire. Aussi, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de les répéter ici, même si je me ferais un plaisir de le faire.

Ce qu'il faut vous rappeler, c'est que des Canadiens de tout le pays, unis dans leur diversité de langue et d'expérience, ont le sentiment que nous ne sommes pas aussi au courant de nos traditions et de notre passé que nous pourrions l'être, pour le meilleur ou pour le pire. Il vaudrait mieux, croyons-nous, oublier certains éléments de notre passé. Tous ne sont pas glorieux, honorables ou nobles. Tout ce que ces deux hommes ont fait n'était pas entièrement et indubitablement admirable. C'est là une tradition américaine qui, je crois, se nomme le *suppressio veri*. Nous avons énormément à apprendre de ces deux hommes, car ils ont perçu leur pays, leur époque et leurs concitoyens avec un réalisme qui, à mon avis, sera davantage apprécié des gens qui suivent la politique — une noble profession s'il en est — que de ceux qui fuient la tentation de faire face à la réalité. Je crois qu'ils nous ont donné des leçons de civisme en trois dimensions. Ce ne sont pas des héros à deux dimensions, mais de véritables Canadiens à trois dimensions qui, durant leur vie, ont fait face à bien des problèmes que nous affrontons nous aussi. Quand on se penche sur leurs vies respectives et leurs interactions, on constate qu'ils les ont abordées avec une certaine noblesse et une certaine vision qui en ont fait d'excellents modèles et de grands leaders de



put it politely and moderately in a very Canadian kind of moderation.

While I will be happy to justify them collectively or individually with whatever scraps of knowledge I can throw on the table, I do want you to think about the possibilities of helping our fellow Canadians to think about how this country came to be, the values that it needs to continue and how these two individuals helped design and preserve those values in their own way.

In the 21st century, Canadians go on needing some signposts of the kind of country we intend it to be. We need some occasions, perhaps once or twice or more often in a year, to reflect on ourselves critically, but with a sense of accomplishment. We were fortunate to have two early prime ministers who, different as they were, reflect the two dominant languages, cultures and religions of their day. Of course, one of them was a new Canadian, in the literal sense of the way, and the other was part of the other great culture of our community.

I would like to quote one comment — and leave it to you to guess who said it, because I think it hardly matters. One of them said the following:

We are a great country, and shall become one of the greatest in the universe if we preserve it; we shall sink into insignificance if we suffer it to be broken.

It matters little which one said it, as I believe either Laurier or Macdonald could have said it, and in different words to different groups did say it.

That is one of the reasons I want you to help Canadians find a little time each year to learn from the experience of these two great men. That is what I see this bill making possible, and I support it warmly.

**The Chairman:** Thank you very much to both of you. I have several senators on my list.

**Senator Forrestall:** I will be very brief. My question is to Senator Lynch-Staunton. I direct his attention to the preamble.

WHEREAS Sir John Alexander Macdonald was born January 11, 1815;

AND WHEREAS he was one of the founders of Confederation;

That is important.

AND WHEREAS he was the first Prime Minister of Canada;

AND WHEREAS Sir Wilfrid Laurier was born on November 20, 1841;

AND WHEREAS he was Prime Minister of Canada from 1896 to 1911;

notre pays, non pas des gens parfaits, mais des êtres humains — des êtres humains un peu plus grands que la moyenne, pour m'exprimer poliment et modérément, avec une réserve toute canadienne.

Même si je me ferai un plaisir de justifier leurs actions collectives ou individuelles avec les quelques bribes de connaissances que je peux apporter, je veux vraiment que vous songiez aux possibilités d'aider nos compatriotes canadiens à réfléchir à la façon dont notre pays est né, aux valeurs dont il a besoin pour poursuivre son développement et à la manière vraiment personnelle dont ces deux hommes ont aidé à concevoir et à préserver ces valeurs.

Au XXI<sup>e</sup> siècle, les Canadiens ont besoin de balises quant au genre de pays que nous souhaitons. Nous avons besoin de certaines occasions, peut-être une ou deux fois par année, ou plus souvent, pour faire une réflexion critique sur nous-mêmes, mais avec un certain sens de la réussite. Nous avons la chance de compter deux anciens premiers ministres qui, aussi différents fussent-ils, reflètent les deux langues, les deux cultures et les deux religions dominantes de leur époque. Bien sûr, l'un d'entre eux était un nouveau Canadien, au sens littéral du terme, alors que l'autre faisait partie de l'autre grande culture de notre collectivité.

J'aimerais vous citer un commentaire — et vous inviter à deviner qui l'a formulé, parce que je pense que cela a vraiment de l'importance. L'un d'entre eux a dit ceci:

Notre pays est grand, et deviendra l'un des plus grands de l'univers si nous le préservons; nous sombrerons dans l'insignifiance si nous le laissons se morceler.

Peu importe qui des deux ait dit cela, car je crois que Laurier ou Macdonald pourraient tous deux l'avoir fait, et l'ont fait effectivement, mais dans des termes différents et devant des groupes différents.

C'est là une des raisons pour lesquelles je veux que vous aidiez les Canadiens à prendre un peu de temps chaque année pour tirer parti de l'expérience de ces deux grands hommes. À mon avis, voilà ce que permettrait ce projet de loi, et je l'appuie fermement.

**Le président:** Merci beaucoup à vous deux. J'ai le nom de plusieurs sénateurs sur ma liste.

**Le sénateur Forrestall:** Je serai très bref. Ma question s'adresse au sénateur Lynch-Staunton. J'attire son attention sur le préambule.

ATTENDU QUE Sir John Alexander Macdonald est né le 11 janvier 1815; et

QU'il fut l'un des fondateurs de la Confédération;

Cela est important.

QU'il fut le premier des premiers ministres du Canada;

QUE Sir Wilfrid Laurier est né le 20 novembre 1841;

QU'il fut le premier ministre du Canada de 1896 à 1911;

AND WHEREAS he was the first Prime Minister of French ancestry...

We have in here, as you will note from my reading of it, the dates of Sir Wilfrid Laurier's prime ministership but not those of Sir John A. Macdonald. I wonder, sir, if you are slighting my ancient leader.

**Senator Lynch-Staunton:** That would be our ancient leader. No, I do not think it occurred to us. The fact that he was the first Prime Minister says it all, and we have had quite a discussion this week on the value of preambles. I do not know whether you want to get into that one here, also.

**Senator Forrestall:** So long, Mr. Chair, as it was not an oversight, it is fine with me.

Thank you for doing this. I believe it is long overdue.

**Senator Fairbairn:** First, thank you to our colleague Senator Lynch-Staunton, for bringing this bill forward. I think it is long overdue and certainly one that I will support.

I also want to thank our guest, Professor Morton. Reading some of the quotations, sir, that you have given us and the suggestion you have given us help us to, in some way, try to come up with ideas of how best we can use our history to teach history to students, and, indeed, adult citizens of our time.

I am struck, apart from the eloquence of these early gentlemen, by the issues that you particularly chose. I guess all of us can tuck away the quotations in speeches. Sir John A. Macdonald's comments on the two languages is highly relevant today, certainly in my part of Canada, Western Canada. The statement of nationhood and patriotism is something that I would hope, Mr. Chair, will go beyond this room, as we proceed with this piece of legislation, and challenge senators to come up with different ways to highlight the foundation of Canada's political history and why we are still fighting for it, because it has not changed. I would like to thank you.

We often misquote some of these statements. It is good to see them in the context of the time, in a context that makes them even more meaningful than a one-liner. I thank you for that. My memory has been perked up — my imagination, also, I hope.

**Mr. Morton:** Thank you, Senator Fairbairn.

**Senator Graham:** Welcome to our committee. Mr. Morton is widely known as one of the eminent historians in our country and in our time.

I would like to congratulate Senator Lynch-Staunton for bringing forward such a timely piece of legislation. I do not think he will find many arguments around the table about its merits.

QU'il fut, parmi les premiers ministres, le premier d'ascendance française [...]

Comme vous l'avez noté à la lecture du texte, on y trouve les dates de la période au cours de laquelle sir Wilfrid Laurier était premier ministre, mais pas de celle où sir John A. Macdonald l'était. Je me demande, sénateur, si vous n'êtes pas en train de manquer d'égard envers mon ancien chef.

**Le sénateur Lynch-Staunton:** Ce serait là notre ancien leader. Non, je ne crois pas que c'est ce que nous avons en tête. Le fait qu'il ait été le premier des premiers ministres dit tout, et nous avons eu une assez longue discussion cette semaine sur la valeur des préambules. Je ne sais pas si vous voulez vous engager dans une telle discussion ici également.

**Le sénateur Forrestall:** Très bien, monsieur le président, dans la mesure où ce n'était pas un oubli, cela me satisfait.

Merci d'avoir accompli un tel travail. Je pense qu'il y a longtemps qu'on aurait dû le faire.

**Le sénateur Fairbairn:** Premièrement, merci à notre collègue, le sénateur Lynch-Staunton, d'avoir présenté ce projet de loi. Je pense que cela était dû depuis longtemps et je vais certainement lui accorder mon appui.

Je tiens également à remercier notre invité, le professeur Morton. Le fait d'avoir lu, monsieur, certaines des citations que vous nous avez remises, de même que la suggestion que vous nous avez faite, nous aident, d'une certaine façon, à trouver des idées quant au meilleur moyen d'utiliser notre histoire pour l'enseigner aux élèves et, en fait, aux citoyens adultes de notre époque.

Mis à part l'éloquence de ces messieurs, je suis frappée par les questions que vous avez choisies en particulier. Je suppose que nous pourrions tous glisser ces citations dans nos discours. Les commentaires de sir John A. Macdonald sur les deux langues officielles sont très pertinents aujourd'hui, certainement dans ma région du pays, l'ouest du Canada. La déclaration sur la patrie et le patriotisme formule une chose qui, je l'espère monsieur le président, ira au-delà de ces murs, au fur et à mesure que nous étudions ce projet de loi, et incitera les sénateurs à trouver des façons différentes de mettre en lumière le fondement de l'histoire politique du Canada et les raisons pour lesquelles nous défendons toujours ce pays, parce qu'il n'a pas changé. Je tiens à vous remercier.

Nous citons souvent à tort certaines de ces déclarations. Il est bon de les situer dans le contexte de l'époque, dans un contexte qui les rend encore plus significatives que si on les prend isolément. Je vous en remercie. Ma mémoire a été ranimée — mon imagination aussi, j'espère.

**M. Morton:** Merci, sénateur Fairbairn.

**Le sénateur Graham:** Bienvenue à notre comité. La grande réputation de M. Morton comme l'un des éminents historiens de notre pays et de notre époque n'est plus à faire.

Je tiens à féliciter le sénateur Lynch-Staunton d'avoir déposé une mesure législative si opportune. Je ne crois pas qu'il trouvera beaucoup de gens autour de cette table qui voudront en contester les mérites.



I like the quotations, Professor Morton, that you brought to us from Sir John A. Macdonald and Sir Wilfrid Laurier. I join with Senator Fairbairn in seeking ways in which we can encourage Canadians, particularly young Canadians, to better understand how this country was built and how it must be preserved.

I will give you one example. Shortly after the 1995 referendum, in which we nearly lost the country, I went to Quebec City to meet with people and to prowl around, to determine what was making people think the way they did. I remember being on the Plains of Abraham and reading the plaque on the statue of Joan of Arc. The first words I saw were "*O Canada!*" Perhaps if I can paraphrase the words on that plaque. It said: "This glorious national anthem, words by Adolphe-Basile Routhier, music by Calixa Lavallée, was first sung on St. Jean-Baptiste Day, en français, on June 24, 1880." That, sir, is something I did not know. I wonder how many Canadians know that our national anthem was composed by a French Canadian, first sung in French, in Quebec City, on the feast of St. John the Baptist. That is the sort of thing I believe we should be teaching our young people.

I commend you as an historian. Perhaps you can give us some suggestions in the future as to how senators and the Senate might promote history and education in our country.

**Senator Murray:** Mr. Chairman, I think around this table we should remark that, while Sir Wilfrid Laurier was the first French-Canadian Prime Minister and the first Prime Minister elected from Quebec, the first Prime Minister from Quebec was Senator John Abbott, who was drafted reluctantly into the job and liked it so little that he quit after several years — one year, was it!

I support this bill, of course, and I warmly congratulate Senator Lynch-Staunton on bringing it forward.

Professor Morton has prepared what the kids would call a really neat essay, and it is a neat essay bringing the lives, careers and contributions of these great Canadians together so beautifully. I suppose if Canadians had or have political heroes, these two, Sir John and Sir Wilfrid, would be at the top of their list.

I cannot resist the temptation to take advantage of the opportunity, Professor Morton, to ask you whether you have seen some of the things that have been written recently, some research or perhaps old documents that have come to light concerning Sir Wilfrid Laurier's early writings, I think before he went into politics. These writings suggest strongly that before he went into federal politics he was what we would call today a separatist. Have you looked at that? There have been some articles in the news within the last several months.

**Mr. Morton:** Would that mine enemy had writ a book.

Professeur Morton, j'aime les citations que vous nous avez remises de sir John A. Macdonald et de sir Wilfrid Laurier. Je veux joindre mes efforts à ceux du sénateur Fairbairn dans la recherche de façons dont nous pourrions encourager les Canadiens, surtout les jeunes, à mieux comprendre comment notre pays a été bâti et comment il faut le préserver.

Je vais vous donner un exemple. Peu de temps après le référendum de 1995 au cours duquel nous avons presque perdu le pays, je suis allé à Québec pour rencontrer des gens et pour tâter le terrain, pour voir ce qui amenait les gens à penser de la manière dont ils le faisaient. Je me souviens de m'être trouvé sur les plaines d'Abraham à lire la plaque sur la statue de Jeanne d'Arc. Les premiers mots que j'y ai vus étaient «*Ô Canada*». Peut-être puis-je paraphraser le texte de l'écriteau où on dit: «Cet hymne national glorieux, écrit par Adolphe-Basile Routhier, musique de Calixa Lavallée, a été entonné pour la première fois le jour de la Saint-Jean-Baptiste, en français, le 24 juin 1880.» Monsieur, c'est là une chose que je ne savais pas. Je me demande combien de Canadiens savent que notre hymne national a été composé par un Canadien français, chanté pour la première fois en français, à Québec, à la Saint-Jean-Baptiste. À mon avis, c'est le genre de choses que nous devrions enseigner à nos jeunes.

Je vous félicite en tant qu'historien. Peut-être pourriez-vous nous donner des suggestions à l'avenir quant à la façon dont les sénateurs et le Sénat pourraient promouvoir l'histoire et l'éducation dans notre pays.

**Le sénateur Murray:** Monsieur le président, je pense que nous ici présents devrions souligner que même si sir Wilfrid Laurier a été le premier premier ministre canadien-français et le premier premier ministre élu du Québec, le tout premier premier ministre venant du Québec a été le sénateur John Abbott, qui a été nommé contre son gré à ce poste et qui aimait tellement peu ses fonctions qu'il les a quittées après plusieurs années — après un an plutôt?

Bien sûr, je suis en faveur de ce projet de loi et je félicite chaleureusement le sénateur Lynch-Staunton de l'avoir présenté.

Le professeur Morton a rédigé ce que les jeunes appelleraient une super bonne composition, et c'est vraiment un super bon travail que d'avoir réuni la vie, la carrière et les contributions de ces deux grands Canadiens et ce, de façon si extraordinaire. Je suppose que si les Canadiens ont eu ou ont encore des héros politiques, ces deux-là, sir John et sir Wilfrid, figureraient en tête de liste.

Je ne peux résister à la tentation de profiter de l'occasion, professeur Morton, de vous demander si vous avez lu certaines choses qui ont été écrites récemment, certaines recherches ou peut-être de vieux documents qui ont été mis au jour concernant les premiers écrits de sir Wilfrid Laurier avant, je crois, qu'il ne vienne en politique. Ces écrits laissent fortement entendre qu'avant qu'il n'entre en politique fédérale, il aurait été ce que nous appellerions aujourd'hui un séparatiste. Avez-vous vu ces écrits? Certains articles à ce sujet ont paru dans les médias au cours des derniers mois.

**M. Morton:** Mon ennemi aurait-il écrit un livre?



Yes, he had many views. He was a young radical. I notice one of your cabinet colleagues suddenly becoming an old radical visiting Quebec City. Obviously, Wilfrid Laurier started off at a younger age. He became, perhaps, more constrained, although I think in his last years he was enormously deceived by the country that had grown up, on both sides, both those who were opposed to Canada as it was developing and those who were opposed to Quebec and its place in Canada. When you look at their lives as a whole, you will find plenty of instructive example of just being there.

What strikes me is how much they grew and how much their times tolerated their growth and their evolution. Remember in 1885 at the Champ de Mars in Montreal Laurier saying that if he had been on the banks of the Saskatchewan he, too, would have carried his musket against the government on behalf of the Métis. That phrase was recalled and thrown in his face often in the ensuing years of politics. It cost him something. At the same time, however, it was immensely instructive to many other people who would never have given the time of day to that point of view if a prominent national leader had not expressed it.

Macdonald, too, was someone who brought an immense amount of shrewdness and vision into politics, as well as a lot of pretty low cunning. I think both qualities may be necessary to get on with the business of state.

As I said, to me, their essence is not that they are whited sepulchres of absolute political correctness of every kind but that they are subjects worthy of study, which I think will make those who study them grow in their understanding. That is my case.

**Senator Roche:** Mr. Chairman, I cannot resist on this first occasion that I have met Professor Morton, personally or publicly, to thank him for the enrichment that he has provided our society — in particular, my students — in his works. I use his works. His short history of Canada is an exemplary matter to encompass so many strands that make up our country. Thus, I thank you, Professor Morton.

I would be interested in the views of both Senator Lynch-Staunton and Professor Morton on this one point I shall raise. I am not pushing this point; I am just asking whether any thought was given to the idea of, perhaps, combining these two great figures into one day. I certainly support the bill as it is. As I listened to Senator Lynch-Staunton and Professor Morton this afternoon, both of them had as a subtext of their themes the commonality of the two. In referring to Sir John A. Macdonald and Sir Wilfrid Laurier, Senator Lynch-Staunton said that they were two great Canadians. He did not say that one was a great Tory while the other was a great Liberal.

Professor Morton also presented the two in a unified aspect in terms of what they had done for Canada. In an extremely profound statement, Professor Morton said that realities do not

Oui, ses opinions ont varié. C'était un jeune radical. Je remarque que l'un de vos collègues du Cabinet devient soudainement un vieux radical en visite à Québec. De toute évidence, Wilfrid Laurier a commencé plus jeune. Peut-être qu'il est devenu plus contraint, bien que je pense qu'au cours de ses dernières années, il était énormément déçu de l'évolution du pays, d'un côté comme de l'autre, tant de ceux qui s'opposaient au Canada au fur et à mesure qu'il se développait, que de ceux qui étaient opposés au Québec et à sa place dans le Canada. Quand on regarde l'ensemble de la vie de ces deux hommes, on trouve plein d'exemples instructifs de ce genre.

Ce qui me frappe, c'est à quel point ils ont évolué et à quel point leurs époques toléraient leur croissance et leur évolution. Rappelez-vous en 1885 au Champ-de-Mars à Montréal, lorsque Laurier a dit que s'il avait été sur les berges de la Saskatchewan, lui aussi, il aurait pris son fusil contre le gouvernement au nom des Métis. On lui a souvent rappelé cette phrase et jeté au visage dans les années de politique qui ont suivi. Ça lui a coûté cher. En même temps, cependant, cela était immensément instructif pour bien d'autres personnes qui n'auraient jamais été informées de ce point de vue si un éminent leader national ne l'avait exprimé.

Macdonald aussi a été quelqu'un qui a amené énormément de perspicacité et de vision en politique, ainsi que beaucoup de ruse. Je crois qu'il faut sans doute posséder ces deux qualités pour occuper ces fonctions d'État.

Comme je l'ai dit, pour moi, ce qui est essentiel chez ces hommes, ce n'est pas qu'ils sont des sépulchres blanchis de rectitude politique absolue de tout genre, mais bien qu'il vaut la peine d'en faire l'objet d'études. Je crois que les gens qui étudieront leur histoire les comprendront mieux. C'est ce que je prétends.

**Le sénateur Roche:** Monsieur le président, en cette première occasion que j'ai de rencontrer le professeur Morton, personnellement ou en public, je ne peux résister à l'envie de le remercier de l'enrichissement qu'il a apporté à notre société, en particulier, à mes étudiants, grâce à ses travaux. J'utilise ses travaux. Sa brève histoire du Canada est un ouvrage exemplaire tellement il inclut d'éléments qui composent notre pays. Voilà pourquoi je vous remercie, professeur Morton.

J'aimerais connaître l'opinion tant du sénateur Lynch-Staunton que du professeur Morton sur le point que je vais soulever. Je ne veux pas l'explorer à fond. Je me demande seulement s'ils ont songé à réunir ces deux grands hommes dans une seule célébration, le même jour. Je suis tout à fait d'accord pour appuyer le projet de loi dans sa forme actuelle. Après avoir écouté le sénateur Lynch-Staunton et le professeur Morton cet après-midi, les deux avaient comme sous-thèmes les éléments communs qui réunissent ces deux personnages. Se référant à sir John A. Macdonald et à sir Wilfrid Laurier, le sénateur Lynch-Staunton a dit que c'étaient deux grands Canadiens. Il n'a pas dit que l'un était un grand conservateur alors que l'autre était un grand libéral.

Le professeur Morton a également présenté les deux en les réunissant l'un à l'autre en regard de ce qu'ils ont fait pour le Canada. Dans une réflexion extrêmement profonde, le professeur

change even when governments change. It takes a little while of being around this place before you realize how true that is. He then went on to justify the attention to these days in a collective sense. Professor Morton's presentation brings the two together.

Are we perhaps not enriched by the intertwining of the presentation, how one might play off against the other? What I am really trying to get at here is to help Canadians, in particular young Canadians, the ones I deal with in university, to understand that it is not partisanship, that you are not right because you belong to one party and the other guy is wrong because he belongs to another party, but that together their ideas form the essence of the greatness, or at least the potential for greatness, for which Canada stands.

**Senator Lynch-Staunton:** Our research took us to other countries to see how they handled holidays. In the United States, for instance, they have Presidents Day, which has more or less replaced Washington's birthday, although some states still recognize that day. As in Canada, many days are selected by individual states. Some are selected by the national government. In Canada, some provinces recognize certain events while other provinces do not. We also have national days.

I studied Canadian history at Queen's University years ago. I am still trying to finish my master's thesis. I will be able to boast of being the oldest student at Queen's University when I am finally awarded a degree. I have been following history for a long time. I fear, and I see it quite close at hand, that there is not ignorance as such but a general detachment from our history, in particular from our origins. It is all very well to talk about Confederation. For many people these are mainly words. If we can identify the principal architect of Confederation and the principal architect of national unity at a time when national unity was more threatened than it is today under different circumstances, then, to my mind, by recognizing them as two separate people living in terms of our memories they will be refreshed and our pride as Canadians will increase. I think the best road to go down is this one rather than merging them at this stage. That was the purpose of identifying them separately.

The other advantage is that one would be in early spring while the other would be in late fall. In terms of the calendar, they would be quite separate one from the other.

I have no objection to joining them. However, at this stage, I think it is best to identify them separately so that they can be identified as separate individuals who, while having a lot of common, were working under separate and different circumstances at the time of their prime ministership.

I do not know how you feel about that, Professor Morton.

Morton a dit que les réalités ne changent pas même lorsque les gouvernements changent. Il suffit d'être ici très brièvement pour se rendre compte à quel point cela est vrai. Il a ensuite tenté de justifier l'attention que l'on porte à ces journées d'un point de vue collectif. L'exposé du professeur Morton réunit les deux aspects.

N'est-il pas enrichissant de voir ce croisement de personnages dans la présentation, de voir comment on peut les opposer l'un à l'autre? Ce que je veux vraiment dire ici, c'est qu'il faut aider les Canadiens, surtout les jeunes, ceux que je rencontre à l'université, à comprendre que ce n'est pas de la partisanerie, que vous ne détenez pas la vérité parce que vous appartenez à un parti et que l'autre a tort parce qu'il appartient à un autre parti, mais qu'ensemble, leurs idées constituent l'essentiel de la grandeur, ou à tout le moins de la possibilité de grandeur que représente le Canada.

**Le sénateur Lynch-Staunton:** Notre recherche nous a amenés dans d'autres pays pour voir comment on y abordait la question des congés. Aux États-Unis, par exemple, il y a le Presidents Day, qui a plus ou moins remplacé l'anniversaire de Washington même si certains États reconnaissent encore ce dernier. Tout comme au Canada, de nombreux jours sont retenus par certains États particuliers. Le gouvernement fédéral en retient certains. Au Canada, certains provinces reconnaissent certaines événements que d'autres ne retiennent pas. Nous avons aussi nos journées nationales.

J'ai étudié l'histoire du Canada à l'université Queen il y a plusieurs années. J'essaie toujours de finir ma thèse de maîtrise. Je vais pouvoir me vanter d'être le plus vieil étudiant de l'université Queen's lorsque j'aurai finalement mon diplôme. Je m'intéresse à l'histoire depuis longtemps. Je crains, et j'en suis un témoin très proche, qu'il n'y ait pas une ignorance comme telle, mais un détachement général à l'égard de notre histoire, en particulier de nos origines. C'est bien beau de parler de Confédération. Pour nombre de personnes, ce ne sont là que des mots. Si nous pouvons identifier le principal architecte de la Confédération et le principal architecte de l'unité nationale à un moment où l'unité nationale était plus menacée qu'elle ne l'est aujourd'hui, mais dans des circonstances différentes, alors, dans mon esprit, en reconnaissant les deux hommes comme deux personnes différentes bien vivantes dans notre mémoire, eh bien on les connaîtra mieux et on sera de plus en plus fiers d'être Canadiens. Je crois que c'est la meilleure avenue à emprunter plutôt que de les fusionner à ce moment-ci. C'est la raison pour laquelle nous avons considéré les journées séparément.

L'autre avantage vient de ce que l'une des journées serait célébrée au début du printemps, l'autre à la fin de l'automne. Pour ce qui est du calendrier, elles seraient bien séparées l'une de l'autre.

Je n'ai pas d'objection à jumeler les deux. Cependant, pour l'instant, je pense qu'il est préférable de les considérer séparément de sorte qu'on puisse identifier les deux personnes comme des personnes distinctes qui, bien qu'elles aient beaucoup en commun, travaillaient dans des circonstances distinctes et différentes au moment où elles ont occupé le poste de premier ministre.

Je ne sais pas ce que vous en pensez, professeur Morton.



**Mr. Morton:** I do not have any very strong opinion. I have a kind of trade feeling that there is not much history talked about in Canada and a little bit more would not hurt. Maybe twice as much would be even better.

I have tended to see them as a whole because I am looking at prime ministers. Like Senator Lynch-Staunton, I think the purpose would be served by having a day for the two great prime ministers, and for others, too. However, I, too, think that they are different. Senator Lynch-Staunton has made a case that there are different aspects that can be looked at, as well as different times of the year at which they can be addressed. We are not talking about a statutory holiday. We are talking about occasions when the institutions and media of our society can draw attention to the fact that this is Laurier Day, and Laurier was a prime minister from 1896 until 1911, draw attention to the things that happened in his time and the crises of his life and his period in office. The same would hold for Sir John A. Macdonald.

I do not have any strong view other than the feeling that these are very good symbols and very good foci for understanding the issues of this country's past and its dreams of the future.

**Senator LeBreton:** I happen to believe it is better to have two separate days because, as Professor Morton just stated, there is such a woeful lack of understanding and knowledge of our history, something that I think is a sad commentary on our education system.

Just for the record, Senator Forrestall, Sir John A. Macdonald was the first Prime Minister of Canada, in 1867. He was defeated, of course, on a scandal, but he was re-elected in 1878, 1882, 1887 and 1891. He died in June 1891.

My question is to you, Professor Morton. It follows up on your point of having a day focused on Macdonald and a day focused on Laurier. When it is noted in the media, people will be compelled, at least for that brief moment, to look back at our history to understand why we are marking these days honouring these people.

Even at this late date, what can we do, as parliamentarians and citizens of this country? I know the education system is all caught up in provincial jurisdictions, but to me, and I am sure you see it in your profession, it is a very sad commentary on Canadian teaching that our history is so unknown to most people. I would like your thoughts on how, even at this late date, we may start to correct that situation. Perhaps this is one way of doing it.

**Mr. Morton:** You launch me off on quite a topic; I will try not to go the full length.

My institute in 1999 had a conference on teaching and learning, l'enseignement et l'apprentissage de l'histoire au Canada, and we learned collectively a lot of things, one of which may surprise

**M. Morton:** Je n'ai pas d'opinion bien formée. Par profession, j'ai tendance à penser que l'on ne parle pas beaucoup d'histoire au Canada et qu'en parler un peu plus ne ferait pas de tort. Peut-être que deux fois plus serait encore mieux.

En général, j'ai tendance à les percevoir comme une seule entité parce que je les vois comme premiers ministres. À l'instar du sénateur Lynch-Staunton, je crois que l'objectif visé serait atteint si on retenait une journée pour reconnaître deux grands premiers ministres, ainsi que d'autres. Cependant, je pense aussi qu'ils sont différents. Le sénateur Lynch-Staunton a établi le bien-fondé d'examiner divers aspects de même que diverses périodes de l'année au cours desquelles on pourrait les reconnaître. Il n'est pas question ici d'un congé férié. Nous parlons d'occasions où nos institutions et nos médias peuvent attirer l'attention sur le fait que c'est la Journée de Laurier tel jour, et que Laurier a été premier ministre de 1896 à 1911, attirer l'attention sur les événements qui se sont produits à son époque et sur les crises dans sa vie et au cours de son mandat. La même chose vaut pour sir John A. Macdonald.

Tout ce que je crois fermement, c'est qu'ils sont de très bons symboles et de très bons centres d'intérêt si l'on veut comprendre les enjeux du passé de notre pays et formuler des rêves pour son avenir.

**Le sénateur LeBreton:** Je crois qu'il est préférable d'avoir deux journées distinctes parce que, comme vient tout juste de le dire le professeur Morton, on comprend et on connaît tellement peu notre histoire, ce qui, à mon avis, vient apporter un bien triste commentaire sur notre système d'éducation.

Pour les fins du compte rendu, sénateur Forrestall, sir John A. Macdonald a été le premier premier ministre du Canada en 1867. Il a été défait, bien sûr, sur une question de scandale mais il a été réélu en 1878, 1882, 1887 et 1891. Il est mort en juin 1891.

Ma question s'adresse à vous, professeur Morton. Elle donne suite à votre argument en faveur d'une journée consacrée à Macdonald, d'une autre consacrée à Laurier. Lorsque les médias en parleront, les gens seront bien obligés, à tout le moins pendant un bref moment, de faire un retour sur notre histoire pour comprendre pourquoi nous soulignons ces journées en honneur de ces personnes.

Même aujourd'hui, que pouvons-nous faire en tant que parlementaires et citoyens du Canada? Je sais que le système d'éducation est complètement contraint par les compétences provinciales, mais selon moi, et je suis certaine que vous le voyez dans votre profession, il est très triste de voir comment on enseigne l'histoire canadienne et à quel point la plupart des gens la méconnaissent. J'aimerais savoir ce que vous pensez des moyens que nous pouvons commencer à utiliser pour corriger cette situation, même sur le tard. Peut-être que notre proposition est une façon de le faire.

**M. Morton:** Vous m'amenez sur toute une question; je vais tenter de ne pas entrer dans tous les détails.

En 1999, mon institut a tenu une conférence sur l'enseignement et l'apprentissage de l'histoire au Canada et nous avons appris tous ensemble beaucoup de choses, dont une va peut-être vous



you. Every other country has the same problem, the United States even more than we do. In the late 1980s, the Americans ran an extensive survey that revealed, for example, that a third of Americans could not date the Civil War. Another third got it in the wrong century. The result was a major Reagan- and Bush-era struggle to get more history into the curriculum — what are called the history wars in American educational and intellectual circles — with minimal results, because what was to be taught became as important as the fact that it was to be taught.

We have a lot of experience to be borrowed from the United States, Britain and France. Every country was angry about the way history was taught, the way we were, with one odd exception — Russia. The Russians have so many other problems, they were not interested. But it is a problem. It is not a new problem. It has been rediscovered every 20 years. Northrop Frye complained about it in the 1960s. It was the subject of the Hope report in Ontario in the 1940s. It goes back to British Columbia where a history book was disposed of because it was wicked enough to explain why French Canadians might not have supported conscription. It is very, very difficult to teach history in the schools.

I remember Dr. Bette Stephenson, whom you know, showing me her file on history teaching in Ontario. It was very thick because the subject is so controversial. She then showed me her file on the teaching of mathematics. It was thin.

History is a difficult subject to teach, but a lot is being done out of school. In fact, at one stage I used to say that history should not be taught to young people, that it should be made adult education, that it is too complicated. The kids would then understand it. They would reach for it and read it. In that way, the people in between who want to purify it and make it virtuous would be out of the loop. The kids in fact know a lot more history than we give them credit for.

There are many other ways of learning history. Senator Graham was mentioning Calixa Lavallée and *O Canada*! If you went to movies, you might remember the Heritage Minutes, which in fact included that story. One does not have to go to the Plains of Abraham — thank you for doing so, but the story was available.

A lot of history is taught but, like everything else, it is learned when you are ready to learn it. When you are ready to want to know about Macdonald, then it should be there. If you do not want to know, you do not care; it does not mean anything to you. We can force children to sit and listen until their heads fall off before they learn it. It is only at the moment when they get curious — “Hey, this is not so bad after all — What did happen to him?” — that curiosity makes learners. A lot of history is

surprendre. Tous les autres pays ont le même problème, les États-Unis encore plus que nous. À la fin des années 80, les Américains ont fait un sondage exhaustif qui a révélé, par exemple, que le tiers des Américains ne pouvaient donner la date de la guerre civile. Un autre tiers l’a placée dans le mauvais siècle. Résultat: durant les règnes de Reagan et de Bush, on a déployé de nombreux efforts pour intégrer davantage l’histoire au programme scolaire — ce que l’on appelle les guerres de l’histoire dans les cercles intellectuels et dans les milieux de l’éducation aux États-Unis — avec des résultats minimes, parce que ce qu’on devait enseigner devenait aussi important que le fait que ça devait l’être.

Nous avons beaucoup à apprendre des États-Unis, de la Grande-Bretagne et de la France. Chaque pays était déçu de la façon dont l’histoire était enseignée, tout comme nous, sauf une étrange exception — la Russie. Les Russes ont tellement d’autres problèmes qu’ils n’étaient pas intéressés par cette proposition. Mais c’est un problème qui n’est pas nouveau. Il est redécouvert tous les 20 ans. Northrop Frye s’en plaignait dans les années 60. La question a fait l’objet du rapport Hope en Ontario dans les années 40. Ça nous ramène aussi à la Colombie-Britannique où un livre d’histoire a été retiré du marché parce qu’il était pernicieux au point d’expliquer pourquoi les Canadiens français n’avaient pas voulu appuyer la conscription. Il est très très difficile d’enseigner l’histoire dans les écoles.

Je me souviens du professeur Bette Stephenson, que vous connaissez, qui me montrait son dossier sur l’enseignement de l’histoire en Ontario. C’est un dossier très épais, la question étant tellement controversée. Elle m’a ensuite montré son dossier sur l’enseignement des mathématiques. La chemise en était fort mince.

L’histoire est une matière difficile à enseigner, mais il se fait beaucoup de travail à l’extérieur de l’école. De fait, à un moment donné, j’avais l’habitude de dire que l’histoire ne devrait pas être enseignée aux jeunes, qu’elle devrait faire partie des programmes d’éducation des adultes, qu’elle est trop compliquée. De cette façon, les enfants la comprendraient. Ils chercheraient à s’en informer et à lire à ce sujet. Et comme ça, on contournerait les gens entre les deux qui veulent la purifier et la rendre vertueuse. En fait, les jeunes connaissent beaucoup plus l’histoire qu’on ne le pense.

Il y a de nombreuses autres façons d’apprendre l’histoire. Le sénateur Graham a parlé de Calixa Lavallée et du *Ô Canada*. Si vous allez au cinéma, vous vous souviendrez peut-être des Minutes du patrimoine qui, en fait, racontaient cette histoire. Pas nécessaire d’aller sur les plaines d’Abraham — merci de l’avoir fait, mais cette histoire est à la portée des gens.

Une bonne partie de l’histoire s’apprend, et comme toute autre chose, elle s’apprend quand on est prêt à l’apprendre. Lorsqu’on est prêt à se renseigner au sujet de Macdonald, bien, les renseignements devraient être à notre portée. Si vous ne voulez rien savoir à ce sujet, vous vous en fichez; cela ne veut rien dire pour vous. On peut forcer les enfants à s’asseoir et à écouter jusqu’à ce que la tête leur tombe des épaules sans qu’ils apprennent quoi que ce soit. Ils apprennent seulement lorsqu’ils

taught in Canada this very day; not much is learned. That change from teaching to learning is a challenge.

Incidentally, next October in Winnipeg a second conference is being held on that very same topic. We will be coming back to find out about those things that we have been trying to get a hold of in the intervening two years. I think we will know even more.

**Senator LeBreton:** Perhaps, then, just to follow up on that, a bill like this helps to promote curiosity. People may seek to find out exactly who these people are and what their contribution was.

**Senator Cordy:** Thank you both very much for coming today to speak on Bill S-14.

Senator Lynch-Staunton, when you first began discussing your bill, I have to say that I thought, why are we not calling it Prime Ministers' Day? However, the more I thought about it and after having read the information you sent us, the more I swung to the absolute other end of the spectrum, believing that it has to be the specific names for the days.

Senator Roche spoke earlier about teaching young Canadians. I taught even younger Canadians in elementary school. It was very sad to realize that the children probably recognized American names better than they recognized Canadian names. If you were to give them the name of our Prime Minister, they would probably say he was the president rather than the Prime Minister.

Because of my background as an educator, I think it is so important for children to learn about great Canadians and to learn about the history of our country. The issue of curiosity was mentioned earlier. If we attach a name to the day, it will arouse a curiosity, not in all children, unfortunately, but at least in some, and we can start in small doses. It will arouse a curiosity in some children and, one would hope, in adults to find out more about these individuals.

Again, I wish to thank you very much for your attendance today.

**Senator Cook:** I, too, would like to add my thanks. Being a new Canadian, a Newfoundlander by birth, we celebrate March 31. It is Joey's day. It will forever and always be.

**Senator Graham:** I thought March 31 was the end of the fiscal year.

**Senator Cook:** On a more serious note, where do we go from here? How will this wonderful piece of legislation, about the nation builders of this country, reach my eight-year-old grandson, Joshua? I am sitting here trying to get answers to these questions.

deviennent curieux et se disent: «Eh bien, ce n'est pas si mal après tout. Qu'est-ce qui lui est arrivé?» C'est à ce moment-là que la curiosité crée des apprenants. On enseigne beaucoup d'histoire au Canada aujourd'hui même, mais on n'apprend pas beaucoup de choses. Ce passage de l'enseignement à l'apprentissage est difficile.

Soit dit en passant, en octobre prochain, une deuxième conférence sur la même question exactement se tiendra à Winnipeg. Nous allons nous réunir à nouveau pour voir ce qui en est des éléments que nous avons tenté de saisir au cours des deux dernières années. Je pense que nous allons en apprendre encore davantage.

**Le sénateur LeBreton:** Peut-être alors, seulement pour donner suite à ce que vous avez dit, un projet de loi comme celui-ci favorisera-t-il la curiosité. Les gens vont peut-être vouloir trouver exactement qui ces deux personnes sont et quelle a été leur contribution.

**Le sénateur Cordy:** Merci beaucoup à vous deux d'être venus nous parler du projet de loi S-14.

Sénateur Lynch-Staunton, lorsque vous avez commencé à discuter de votre projet de loi, je dois dire que je me suis demandé pourquoi on n'appelait pas ça la Journée des premiers ministres. Cependant, plus j'y réfléchissais et après avoir lu l'information que vous nous avez envoyée, plus je me rangeais à l'autre extrémité du spectre, en me disant qu'il faut avoir des désignations particulières pour chacun des deux jours.

Le sénateur Roche a parlé tout à l'heure de l'enseignement aux jeunes Canadiens. J'ai enseigné à des Canadiens encore plus jeunes à l'école primaire. Il était très triste de se rendre compte que les enfants reconnaissaient probablement mieux des noms américains que des noms canadiens. Si vous leur donnez le nom de notre premier ministre, ils diront probablement qu'il est président et non premier ministre.

Étant donné mes antécédents d'éducatrice, je pense qu'il est tellement important pour les enfants d'apprendre à connaître les grands Canadiens et d'apprendre l'histoire de notre pays. Quelqu'un a parlé de la curiosité tout à l'heure. Si on donne un nom à la journée, cela piquera la curiosité non pas chez tous les enfants, malheureusement, mais au moins chez certains, et on peut commencer à petites doses. Cela piquera la curiosité de certains enfants et, on l'espère, celle d'adultes qui voudront connaître davantage ces deux personnes.

Là encore, je tiens à vous remercier d'être là aujourd'hui.

**Le sénateur Cook:** Moi aussi je tiens à ajouter mes remerciements. Comme je suis une nouvelle Canadienne, une Terre-Neuvienne de naissance, nous célébrons le 31 mars. C'est la journée de Joey. Il en sera toujours ainsi.

**Le sénateur Graham:** Je croyais que le 31 mars était la fin de l'année financière.

**Le sénateur Cook:** Soyons sérieux, que faisons-nous maintenant? Comment ce merveilleux projet de loi portant sur des bâtisseurs de notre pays réussira-t-il à toucher mon petit-fils de huit ans, Joshua? Je suis ici à essayer d'obtenir des réponses à ces



Joshua will come home on Armistice Day or the week of armistice and will tell us about the man who told them stories of the war in his school.

This is a wonderful first step. Where will we take the second step?

Will it be through Canadian Heritage that my grandson will learn about these two men? Will he learn about them in a social studies class? I do not think it will be enough to name a day on the calendar. In some way or another, it has to have a life of its own if it is to mean anything to the next generation. Maybe we could do some visioning around that.

**Mr. Morton:** Senator, a feature of this bill, familiar to all people putting forward bills of this sort, is to reduce the resource implication. If we had proposed a statutory holiday, where everyone must go home, everyone must go to the park and celebrate, you know how far the bill would have gone. It would have trickled off the end of the table.

Putting it in reality, having this discussion opens the prospects for the recognition of these names. There is a surprising interest, as reflected in this room, in the state of knowledge of Canada's past, a state of curiosity about those people who have, one way or another, represented us.

My institute at McGill, the McGill Institute for the Study of Canada, is very much a product of one individual, Charles Bronfman, and his willingness to support the study of Canada, which he earlier supported through the Heritage Minutes. I do not know if honourable senators have seen any, but they were, I think, remarkably good in this respect. He assumed that he could produce some short films that people would watch. He discovered that the cost of producing quality television was about 10 times what he had imagined, but he ponied up and paid it. He did not compromise on quality. We have all seen cheap videos. The Heritage Minute series are not cheap videos and they have an impact. They are as good as anything on the screen.

While I think there is a case, and certainly a strong case in my view, for the community wanting to preserve its history and its records, I think there will also be an attraction for individuals who care about this to do something.

Out of the Heritage Minutes series came something called "Historica," which Red Wilson, formerly with BCE, took on as his retirement project. He has interested other people in pursuing the teaching and learning of Canadian history and heritage as a largely private venture.

The fact that Sir John A. and Sir Wilfrid will be honoured by special days — providing this bill becomes law — is a signal to people like Mr. Bronfman, Mr. Wilson and others that they are not alone. They are not pursuing an eccentric and ridiculous course. They are doing what we as Canadians want them to do. This

questions. Joshua arrivera à la maison le Jour de l'Armistice ou la Semaine de l'Armistice et nous parlera de l'homme qui leur a raconté des histoires de la guerre dans son école.

C'est une première étape formidable. Mais quelle sera la deuxième?

Est-ce que ce sera par l'entremise du Patrimoine canadien que mon petit-fils apprendra des choses sur ces deux hommes? Apprendra-t-il ces choses dans un cours de sciences sociales? Je ne pense pas qu'il sera suffisant de désigner une journée sur le calendrier. D'une façon ou d'une autre, il faut leur donner une place bien à elles si l'on veut que ces journées signifient quelque chose pour la génération suivante. Peut-être que nous pourrions faire une séance de visualisation sur cette question.

**M. Morton:** Sénateur, l'une des caractéristiques de ce projet de loi, que connaissent bien toutes les personnes qui déposent des mesures législatives de ce genre, est de réduire leurs répercussions sur les ressources. Si nous avions proposé un congé férié, où tout le monde doit rester chez lui, tout le monde doit aller au parc et célébrer, vous savez jusqu'où le projet de loi se serait rendu. Il serait disparu au bout de cette table.

Le fait de le situer dans la réalité, d'avoir cette discussion ouvre les perspectives quant à la reconnaissance de ces noms. On constate un intérêt surprenant, comme on s'en rend compte ici, à l'égard de l'état des connaissances sur le passé du Canada; il y a de la curiosité au sujet de ces personnes qui, d'une façon ou d'une autre, nous ont représentés.

Mon institut, l'Institut d'études canadiennes de McGill, est en très grande partie le produit d'une personne, Charles Bronfman, et de son désir de favoriser l'étude du Canada, ce qu'il a fait auparavant par l'entremise des Minutes du patrimoine. Je ne sais pas si les honorables sénateurs en ont vu, mais elles étaient, je crois, remarquablement bien faites à cet égard. Il avait pensé pouvoir produire des petits films que les gens pourraient regarder. Il a découvert que le coût des productions télévisuelles de qualité était à peu près dix fois ce qu'il avait imaginé, mais il a mis la main dans sa poche et payé. Il n'a pas fait de compromis sur la qualité. Nous avons tous vu des vidéos de piètre qualité. La série des Minutes du patrimoine n'est pas de ce calibre et elles ont un impact. Elles sont bien aussi bonnes que tout ce qui a été produit.

Bien que j'estime, et je le crois fermement, que la communauté veuille préserver son histoire et ses archives, je pense qu'il y aura toujours un intérêt chez les personnes qui se préoccupent suffisamment de ces questions pour vouloir agir.

La série des Minutes du patrimoine a suscité la création de quelque chose que l'on a appelé «Historica». Red Wilson, qui était autrefois à la BCE, a pris sa retraite pour réaliser ce projet. Il a intéressé d'autres personnes à poursuivre l'enseignement et l'étude de l'histoire et du patrimoine canadiens et ce, principalement dans le cadre d'une initiative du secteur privé.

Le fait que sir John A. Macdonald et sir Wilfrid Laurier soient honorés lors de journées spéciales — à la condition que le projet de loi soit adopté — lance un signal pour des gens comme M. Bronfman, M. Wilson, notamment, leur indiquant qu'ils ne sont pas seuls. Ils ne poursuivent pas une aventure excentrique et



legislation has the potential of saying, with the power of the Parliament of Canada, that these things should be done.

**Senator Lynch-Staunton:** In terms of rallying people, I would hope that Canadian Heritage would take the lead; they have the resources, the knowledge and the experience in these things. There are also history departments across the country, school boards and service clubs. There are many service clubs that have a very special sense of Canada. This would fall into their mandate. The press could easily be rallied to give a special page on each day. It will take a while, but I think with proper coordination it can be done.

I agree with you: If we simply pass the bill and it gets through the House and gets Royal Assent, we will have wasted our time. We would just have the calendar include two names. We have to keep the project alive.

[Translation]

**Senator Morin:** Mr. Chairman, I totally approve the bill. As it's just been said, I hope that these two commemorations will be given all the visibility they deserve.

I would also like to congratulate Senator Lynch-Staunton and Professor Morton for their contribution.

[English]

**Senator Callbeck:** My question was answered in the response to the question of Senator Cook. I just want to go on record in joining other senators around the table in agreeing to this legislation. I also certainly agree that there is a real lack of knowledge about the history of this country. The two days with which this proposed legislation deals is really a positive step. It is a step forward in helping to make Canadians more aware. I thank both of you very much.

**Senator Fairbairn:** I have a brief reflection on Senator Cook's question and Professor Morton's response in terms of the Heritage Minutes. It might be instructive in thinking of the possibilities that could flow from this bill.

Once the Heritage Minutes series began to appear, they took on another dimension. An effort was made, through the Bronfman exercise, to have heritage festivals in areas of the country that the person who was working on the series would happen to be. This was enormously interesting to students. They would pull in students. It also was produced into a written text. It did not just hang out there on television where it was effective; it moved down to the ground and carried on a different life of its own. I hope that that kind of thing can be built around these days.

ridicule. Ils font ce que nous, Canadiens, voulons qu'ils fassent. Ce projet de loi a le pouvoir de confirmer haut et fort, avec l'appui important du Parlement du Canada, que ces choses-là devraient être faites.

**Le sénateur Lynch-Staunton:** Pour ce qui est de la possibilité de rallier les gens, j'espère que Patrimoine canadien prendra les devants; le ministère a les ressources, les connaissances et l'expérience dans ce genre de choses. Je pense ici aux départements d'histoire de tout le pays, aux conseils scolaires et aux clubs philanthropiques. Il y a beaucoup de ces clubs dont les activités comportent un volet canadien fort important. Cela tomberait dans leur mandat. On pourrait facilement s'allier la presse pour qu'elle consacre une page spéciale à chacune de ces journées. Ça prendra un certain temps, mais je pense qu'avec une bonne coordination, on peut y arriver.

Je suis d'accord avec vous: si nous adoptons tout simplement le projet de loi et s'il franchit l'étape de la Chambre pour ensuite obtenir la sanction royale, nous aurons perdu notre temps. On inclura simplement deux noms au calendrier. Il nous faut préserver ce projet.

[Français]

**Le sénateur Morin:** Monsieur le président, j'appuie entièrement le projet de loi S-14. Comme on vient de l'indiquer, j'espère qu'on accordera à ces deux anniversaires toute la visibilité qu'ils méritent.

Je voudrais également féliciter le sénateur Lynch-Staunton et le professeur Morton pour leur contribution.

[Traduction]

**Le sénateur Callbeck:** Vous avez répondu à ma question en répondant à celle du sénateur Cook. Je tiens simplement, pour les fins du compte rendu, à joindre ma voix à celle des autres sénateurs autour de la table pour indiquer mon accord avec l'adoption de ce projet de loi. Je suis certainement d'accord pour dire également qu'il y a un véritable manque de connaissance de l'histoire de notre pays. Les deux journées que propose ce projet de loi constituent véritablement un pas dans la bonne direction. C'est un pas en avant pour aider à sensibiliser davantage les Canadiens. Je vous remercie beaucoup tous les deux.

**Le sénateur Fairbairn:** J'aimerais faire une brève réflexion sur la question du sénateur Cook et la réponse du professeur Morton en ce qui concerne les Minutes du patrimoine. Il pourrait être instructif de réfléchir aux possibilités qui pourraient découler de ce projet de loi.

Après leur diffusion, les Minutes du patrimoine ont pris une autre dimension. Grâce à la contribution de M. Bronfman, on a fait des efforts pour tenir des festivals du patrimoine dans des régions du pays où la personne qui travaillait à la production des séries se trouvait. C'était extrêmement intéressant pour les étudiants. Et ça les attirait. Les Minutes ont également été produites sous forme d'écrits. Elles n'ont pas uniquement été montrées à la télévision où elles étaient efficaces; on les a amenées sur le terrain où elles ont eu comme une deuxième vie. J'espère que l'on pourra en arriver à ce genre de choses avec ces deux journées.

Senator Lynch-Staunton, there may be a mission for all of us. Once these days get etched out there in the public record, perhaps individual senators could travel to various communities around the country to participate in events surrounding these two great names.

**Mr. Morton:** I hesitate to think of schemes of work to keep senators and parliamentarians busy. I have an additional concern, arising from the attitude that young Canadians and not-so-young Canadians take to the practice of politics. There is the sense that politics is a dirty business that they do not have anything to do with, these pure people outside it. Both these men were very political, in every sense of the word.

**Senator Murray:** And their careers overlapped.

**Mr. Morton:** Their careers overlapped. They engaged with each other. They also engaged in the same kinds of issues. They were practical politicians, as I said before. It is important to commemorate that because politics are still practical. People need things. People want things. People expect things. However, that does not occur as an immaculate process. It occurs because of the reality of engagement, argument and debate, which these two men in their respective ways, and other prime ministers, made happen. If these are days when some Canadians get to think a little harder about the nature of our kind of participative democracy, they will not see politics as something done by them out there beyond their control.

I thought about this, if I daresay so, in the context of recent events in Quebec City when there was such a disconnect between people who went and invested their time and their opinions without really being very political about it, without thinking that they had any obligation, for example, to persuade majorities. Their righteousness was pure enough.

These were two men, among others in our politics, who knew that being righteous would not get you very far, that you had to persuade other people and mobilize resources. They were pretty good at it.

I see commemorating Laurier and Macdonald as not only a commitment to Canada's past, not only a commitment to understanding the kind of country they gave us the means to have, but also the kind of ways that we have to go on making public life in this country a public responsibility.

**The Chairman:** On those very fitting words, I would like to thank our two witnesses for appearing. I am also happy to entertain a motion to report Bill C-14 back to the Senate unamended, something upon which I sense a consensus.

Is it agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** I would also like to do something unusual and which I know the Internal Economy Committee does not like.

Sénateur Lynch-Staunton, nous avons peut-être tous une mission à accomplir ici. Une fois que ces journées seront bien connues du public, peut-être que des sénateurs pourraient se rendre dans divers endroits au pays pour participer à des événements célébrant ces deux grands noms.

**M. Morton:** J'hésite à penser à des programmes d'activités qui tiendraient les sénateurs et les parlementaires occupés. J'ai une autre préoccupation qui découle de l'attitude que les jeunes Canadiens et les moins jeunes adoptent à l'égard de la pratique de la politique. Les gens estiment que c'est un sale métier avec lequel ils n'ont rien à voir, eux ces purs qui se tiennent en dehors de cela. Ces deux hommes étaient des hommes très politiques dans tous les sens du terme.

**Le sénateur Murray:** Et leurs carrières se sont chevauchées.

**M. Morton:** C'est exact. Ils se sont affrontés. Ils ont également engagé les mêmes combats. C'étaient des politiciens à l'esprit pratique, comme je l'ai dit plus tôt. Il est important de le souligner parce que la politique a encore maintenant un côté pratique. Les gens ont besoin d'un certain nombre de choses, ils en veulent, et ils s'attendent à en recevoir. Cependant, le processus pour y arriver n'est pas sans tache. Cela se produit à cause de la réalité de l'engagement, de l'argumentation et du débat, ce que ces deux hommes, à leur façon et comme d'autres premiers ministres, ont réalisé. Si ces deux jours permettent à certains Canadiens de réfléchir un peu plus à la nature de notre type de démocratie participative, ils ne verront pas la politique comme quelque chose qui échappe à leur contrôle.

J'ai réfléchi à cela, je dois dire, dans le contexte des événements récents à Québec où il y avait des clivages importants entre les gens qui s'y sont rendus et qui ont investi leur temps et donné leurs opinions sans être véritablement très politisés, sans penser qu'ils avaient une obligation, par exemple, de persuader des majorités. Leur rectitude était passablement pure.

Ici, nous avons affaire à deux hommes, parmi d'autres dans notre monde politique, qui savaient que le fait d'être droit ne les amènerait pas très loin, qu'il fallait persuader d'autres personnes et mobiliser des ressources. Et ils ont assez bien réussi.

À mon avis, la commémoration de Laurier et de Macdonald n'est pas seulement un engagement à l'égard du passé du Canada, pas seulement un engagement à vouloir comprendre le genre de pays qu'ils nous ont donné les moyens d'avoir, mais c'est également la démonstration d'une façon que nous avons ici de faire de la vie publique au Canada une responsabilité publique.

**Le président:** Sur ces bons mots, je tiens à remercier nos deux témoins d'être venus comparaître. Je suis également heureux de déposer une motion visant à faire rapport du projet de loi S-14 au Sénat sans amendement, ce pourquoi j'estime qu'il y a consensus.

D'accord, honorables sénateurs?

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** J'aimerais également faire quelque chose d'inhabituel et que je sais que le Comité de la régie interne n'aime pas.

I think it was Senator Murray who said that the three-and-a-half-page opening statement, which Professor Morton was kind enough to summarize but not read, was a "neat" essay. I thought it was terrific. I think he did us a favour by not reading it in its entirety into the record. I would be delighted to have a motion that we append this statement to the record of today's proceedings.

Is it agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

*(For text of statement, see Appendix p. 8A:1 )*

**The Chairman:** To those senators who are fulltime members of the Social Affairs Committee, we have distributed to you a budget for \$18,500. That budget was approved some time ago. However, it turned out that we were doing things in the wrong sequence. I was told by the people who insist that I follow all the rules that I have to do things in a different order.

Thus, I would like a motion to approve once again the \$18,500 budget.

Is it agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** I thank Senator Lynch-Staunton and Professor Morton for their attendance here today.

The committee adjourned.

Je crois que c'est le sénateur Murray qui a dit que la déclaration d'ouverture de trois pages et demie, que le professeur Morton a eu la gentillesse de résumer et de ne pas lire, était une «super» bonne composition. Je l'ai trouvée formidable pour ma part. Je pense qu'il nous a fait une faveur en ne la lisant pas entièrement pour la consigner au compte rendu. Je serais ravi que quelqu'un dépose une motion stipulant que nous joignons cette déclaration au compte rendu des délibérations d'aujourd'hui.

D'accord, honorables sénateurs?

**Des voix:** D'accord.

*(Pour le texte de la déclaration, voir annexe p. 8A:3 )*

**Le président:** Aux sénateurs qui sont membres à plein temps du Comité spécial des affaires sociales, nous vous avons distribué un budget de 18 500 \$. Ce budget a été approuvé il y a quelque temps. Cependant, il s'est avéré que nous ne suivons pas les règles. Ceux qui insistent pour que je suive les règles m'ont dit que je dois faire les choses dans un ordre différent.

Ainsi, j'aimerais avoir une motion visant à approuver une fois de plus le budget de 18 500 \$.

D'accord, honorables sénateurs?

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** Je remercie le sénateur Lynch-Staunton et le professeur Morton d'être venus nous rencontrer aujourd'hui.

La séance est levée.



## APPENDIX A

Text of remarks by Desmond Morton, director of the McGill Institute for the Study of Canada to a parliamentary committee considering a law to proclaim Macdonald-Laurier Day, at the Parliament Buildings, April 25, 2001 at 3.30 p.m.

### WHAT WE CAN LEARN FROM MACDONALD AND LAURIER

This afternoon I invite you to recall the two prime ministers who gave shape to our country. Sir John A. Macdonald and Sir Wilfrid Laurier were not partners like Lafontaine and Baldwin nor W.L. Mackenzie King and Ernest Lapointe. They were political opponents, with all the differences our adversarial system creates. And they were surprisingly similar too, when faced with the responsibilities of power, because the hard realities of Canada don't change with a change of government. Indeed, that vital lesson and its consequences make it all the more worthwhile studying these two leaders because, along with their steadfast vision of Canada and its potential came that skill in compromise that history has shown to be indispensable for any common future.

This afternoon, I want to recall some of their words and the values they reflect because these might well be the basis of the remembrance and celebration intended by this bill. Remember, first, the golden-tongued Laurier, our seventh prime minister and the first French-speaking Canadian to hold our highest political office, a man of vision and courage, but also a man so lovable that he remained a hero and a friend, even to those who came to disagree with him. Early in 1904, at the Canadian Club of Ottawa, he tried out the phrase he would reiterate through that election year: "The nineteenth century was the century of the United States", he declared. "I think we can claim that it is Canada that shall fill the twentieth century." By mid-October, at Massey Hall, Sir Wilfrid Laurier had perfected the phrasing that would go down in our history books:

*I tell you nothing but what you know when I tell you that the nineteenth century has been the century of the United States development. The past hundred years has been filled with the pages of their history. Let me tell you, my fellow countrymen, that the twentieth century shall be the century of Canada and of Canadian development. For the next seventy-five years, nay for the next hundred years, Canada shall be the star towards which all men who love progress and freedom shall come.*

*To those, sir, who have life before them, let my prayer be this: Remember from this day forth, never to look simply at the horizon as it may be limited by the limits of the Province, but look abroad over all the continent ... and let your motto be: "Canada first, Canada last, and Canada always."*<sup>1</sup>

Laurier could boast of a booming economy, belated beneficiary of Klondike gold, North America's "Last, Best West" and the National Policy of his Tory predecessor. Scottish-born, a Kingston lawyer, politically bred in the savage religious and racial rivalries of the 1840s and 1850s, John A. Macdonald had learned that any relationship with the French depended on respect: "Treat them as a nation and they will act as a free people generally do — generously. Call them a faction, and they become factious." In old age, he declared:

*I have no accord with the desire expressed in some quarters that by any mode whatever there should be an attempt to oppress the one language or to render it inferior to the other: I believe that it would be impossible if it were tried, and it would be foolish and wicked if it were possible.*<sup>2</sup>

As prime minister, Sir John A. had a strategy of nationhood, with a great transcontinental railway to bind regions together; immigration to populate the land, and a National Policy of creating opportunities:

*We must, by every reasonable means, employ our people, not in one branch of industry, not merely as farmers, as tillers of the soil, but we must bring out every kind of industry, we must develop the minds of the people and their energies. Every man is not fitted to be a farmer, till the soil; one man has a constructive genius, another is an artist, another has an aptitude for trade, another is a skilful mechanic — all these men are to be found in a nation, and if Canada has only one branch of industry to offer them, if these men cannot find an opportunity in their own country to develop the skill and genius which God has gifted them, they will go to a country where their abilities can be employed, as they have gone from Canada to the United States.*<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Speech at Massey Hall, Toronto, 14 October 1904 in *The Globe*, 15 October 1904.

<sup>2</sup> Canada, House of Commons, *Debates*, 17 February 1890, p.

<sup>3</sup> Sir John A. Macdonald in The House of Commons *Debates*, December 10, 1880, pp. 28-31 cited in Michael Bliss, *Canadian History in Documents, 1763-1966* (Toronto: The Ryerson Press, 1966).

Macdonald dreamed that his small Canada of a few million people would someday be a great country. Macdonald faced all the growing pains of a country awkwardly cobbled together. He faced the long struggle to link the continent with a railway, a recurrent world-wide depression, the tragic Northwest conflict in 1885. In 1887, as Senator Kirby knows, Nova Scotia's Liberals even voted to secede.

Canadians were no easier on the sickly young man from St-Lin the Liberals chose as an interim leader. In December of 1886, Wilfrid Laurier came to Toronto to pass a crucial test of his career. A crowd of the curious and even the hostile gathered. They left, enraptured by a future prime minister:

*I will say this, that we are all Canadians. Below the Island of Montreal, the water that comes from the north, from the Ottawa, unites with the waters that comes from the western lakes, but uniting they do not mix. There they run parallel, separate, distinguishable, and yet are one stream, flowing within the same banks, the mighty St. Lawrence and rolling on toward the sea, bearing the commerce of a nation upon its bosom — a perfect image of our nation. We may not assimilate, we may not blend, but for all that, we are still the component parts of the same country.<sup>4</sup>*

Laurier had also to battle for the hearts and minds of his own people, suspicious then and now of leaders who go to Ottawa and forget them. Here is Laurier at the Club National in Montreal:

*Nous d'origine française, avons le sentiment de notre propre individualité. Nous voulons transmettre à nos enfants la langue reçue de nos ancêtres. Mais, en chérissant ce sentiment dans nos coeurs, nous n'admettons pas qu'il est incompatible avec notre nom de Canadiens. Nous sommes des citoyens du Canada, et nous avons l'intention de remplir toutes les devoirs que ce titre implique.*

*Cela dit, dès que nous invitons des hommes d'une autre race à notre table, nous affirmons qu'ils sont nos concitoyens, tout comme eux affirment que nous sommes leurs concitoyens. Notre pays c'est leur pays : leurs opinions politiques sont nos opinions politiques; nos aspirations, sont leurs aspirations. Ce qu'ils veulent, et ce que nous voulons, c'est que les droits des minorités soient respectés; que nos garanties constitutionnelles soient sauvegardées; que les provinces demeurent souveraines et que le Canada soit uni dans sa diversité.<sup>5</sup>*

In Parliament, in an English-speaking Ottawa, he was as uncompromising:

*I am the son of a French Canadian, and I declare that je déclare que I am as attached to the language that I learned at her knee as I am to the life that she gave me. And on this ground, I call on every citizen of English origin, to each member of this race to whom the love of home and family is so strong, and each one of them will reply, I know well, that if they were in our position, they would do exactly what we are doing to protect their mother tongue.<sup>6</sup>*

Did the Twentieth Century belong to Canada? Not if Laurier's listeners had anticipated that we would become an imperial super-power, dominating and regulating a resentful world. But that was not how the Nineteenth Century had shaped our neighbour either. Between 1800 and 1900, Americans had built a unique and dynamic society, cruel and oppressive to many of its citizens, crudely opulent for others, but rich in opportunities and hope for almost all.

In Canada's twenty-first century, we need signposts to the kind of country we were intended to be. We need occasions to reflect on ourselves — critically, yet with a sense of achievement. Canadians are fortunate to have two early prime ministers who, different as they were, shared a generous, open and far-seeing vision of what Canada could be. It hardly matters which of them told us:

*We are a great country, and shall become one of the greatest in the universe if we preserve it; we shall sink into insignificance if we suffer it to be broken.<sup>7</sup>*

It matters little because Canada is their common heritage. Let us find a little time each year to learn from their experiences.

<sup>4</sup> Toronto address on 10 December 1886 published in *The Globe*, 11 December 1886

<sup>5</sup> Banquet at the Club National, Montreal, 2 July 1890 cited by Ulric Barthe, *Wilfrid Laurier on the Platform, 1871-1890* (Quebec: Turcotte & Ménard Steam Press, 1890), pp. 613-614. [The speech was delivered in French after the French edition of Laurier's speeches, 1870-1890 was published. Barthe included it in the English edition. Versions in the French newspapers, *La Patrie* and *La Presse* were only paraphrased and the first volume of Decelles, *Discours de sir Wilfrid Laurier* (Montreal, Beauchemin, 1920), has disappeared from the McGill Library.]

<sup>6</sup> Sir Wilfrid Laurier, *Discours à l'étranger et au Canada* (Montréal: Librairie Beauchemin, 1909) p. 306.

<sup>7</sup> Speech by John A. Macdonald in 1861, quoted by W.B. Biggar, *Anecdotal Life of Sir John A. Macdonald* (Toronto, 1891).



## ANNEXE A

Exposé présenté par Desmond Morton, directeur de l'Institut d'études canadiennes de McGill, devant un comité parlementaire chargé d'examiner une Loi instituant la Journée Sir John A. Macdonald et la Journée Sir Wilfrid Laurier, Édifices du Parlement, 25 avril 2001, 15 h 30.

## CE QUE NOUS POUVONS APPRENDRE DE MACDONALD ET LAURIER

Je vous invite cet après-midi à vous souvenir des deux premiers ministres qui ont modelé notre pays. Sir John A. Macdonald et sir Wilfrid Laurier n'étaient pas partenaires comme Lafontaine et Baldwin ou comme W. L. McKenzie King et Ernest Lapointe. C'étaient des adversaires politiques, avec toutes les divergences qu'engendrent nos systèmes adversatifs. Mais ils étaient extraordinairement semblables face aux responsabilités du pouvoir parce que les dures réalités du Canada ne changent pas avec un changement de gouvernement. En fait, cette leçon vitale et ses conséquences font qu'il est beaucoup plus intéressant d'étudier ces deux dirigeants car, parallèlement à leur foi inébranlable dans le Canada et dans son potentiel, ils ont manifesté cet art du compromis dont l'histoire a prouvé le caractère indispensable pour tout avenir commun.

Cet après-midi, je voudrais reprendre quelques-unes de leurs paroles et examiner certaines des valeurs qu'elles reflétaient parce qu'elles pourraient bien former la base de la commémoration et de la célébration envisagées dans le projet de loi à l'étude. Considérons d'abord Laurier, notre septième premier ministre à la langue fleurie, premier Canadien de langue française à accéder aux fonctions politiques les plus élevées du Canada. C'était un homme de vision et de courage, mais aussi un homme tellement aimable qu'il a laissé le souvenir d'un héros et d'un ami, même chez ceux qui s'opposaient à ses vues. Début 1904, au Canadian Club d'Ottawa, il a prononcé pour la première fois une phrase qu'il répètera tout le long de cette année électorale: «Le XIX<sup>e</sup> siècle a été le siècle des États-Unis, a-t-il déclaré. Je crois que nous pouvons affirmer que c'est le Canada qui occupera le XX<sup>e</sup> siècle.» À la mi-octobre, au Massey Hall, sir Wilfrid Laurier avait poli le texte qui est resté dans nos livres d'histoire:

*Je ne vous dirai rien d'autre que ce que vous savez déjà en affirmant que le XIX<sup>e</sup> siècle a été celui du développement des États-Unis. Les cent dernières années sont remplies des pages de leur histoire. Laissez-moi vous dire, chers concitoyens, que le XX<sup>e</sup> siècle sera le siècle du Canada et du développement canadien. Pendant les soixante-quinze prochaines années, voire les cent prochaines années, le Canada sera l'étoile qui guidera tous les hommes épris de progrès et de liberté.*

À ceux, monsieur, qui ont la vie devant eux, je veux dire ceci: Rappelez-vous dorénavant de ne jamais arrêter votre regard à l'horizon, qui peut être restreint par les limites de la Province, étendez votre regard à tout le continent... et que votre devise soit la suivante: «Le Canada en premier, le Canada en dernier, le Canada toujours.»

Laurier pouvait se vanter d'une économie prospère, qui avait beaucoup profité de l'or du Klondike, dernière frontière de l'Amérique du Nord, et de la politique nationale de son prédécesseur conservateur, John A. Macdonald. D'ascendance écossaise, cet avocat de Kingston qui avait fait ses premières armes en politique parmi les féroces rivalités religieuses et raciales des années 1840 et 1850 avait appris que toute relation avec les Français devait se fonder sur le respect: «Traitez-les en nation, ils agiront comme un peuple libre le fait en général, avec générosité. Traitez-les en faction, ils seront factieux.» Dans son vieil âge, Macdonald a déclaré:

*Je ne peux consentir au désir exprimé dans certains milieux pour qu'on tente par tous les moyens d'opprimer une langue ou de la rendre inférieure à l'autre. Je crois que ce serait impossible si nous nous y aventurons, et que ce serait insensé et cruel même si c'était réalisable.*

Comme premier ministre, sir John A. Macdonald avait une stratégie visant à édifier une nation grâce à un grand chemin de fer transcontinental destiné à relier les diverses régions, à favoriser l'immigration pour peupler le territoire et à instituer une politique nationale pour créer des perspectives:

*Nous devons, par tous les moyens raisonnables, donner de l'emploi à nos gens, non dans une seule branche de l'industrie et pas comme simples fermiers ou laboureurs. Nous devons encourager toutes les formes d'industrie, nous devons développer l'esprit des gens et leurs énergies. Être fermier ou laboureur ne convient pas à tous les hommes. Certains ont le génie de la construction, d'autres sont artistes, d'autres encore ont des aptitudes pour le commerce ou pour la mécanique. On peut trouver de tous ces hommes dans une nation et si le Canada n'avait qu'une seule branche d'industrie à leur offrir, si ces hommes ne peuvent pas trouver dans leur propre pays l'occasion de développer les talents et le génie que Dieu leur a donnés, ils iront dans un pays pouvant utiliser leurs aptitudes, comme ils ont quitté le Canada pour aller aux États-Unis.*



Macdonald rêvait que son petit Canada de quelques millions d'habitants deviendrait un jour un grand pays. Il a dû faire face à toutes les difficultés de croissance d'une nation dont les éléments avaient été gauchement assemblés. Il a affronté une longue lutte destinée à relier le continent au moyen d'un chemin de fer, une récession mondiale qui perdurait et le conflit tragique du Nord-Ouest en 1885. En 1887, comme le sénateur Kirby le sait bien, même les Libéraux de la Nouvelle-Écosse ont voté pour la sécession.

Les Canadiens n'ont pas accordé une vie plus facile au jeune homme malingre de Saint-Lin que les libéraux avaient choisi comme chef provisoire. En décembre 1886, Wilfrid Laurier était venu à Toronto affronter une épreuve cruciale dans sa carrière. Une foule de curieux comprenant quelques éléments hostiles s'était assemblée. Ces gens rentrèrent chez eux ravis d'avoir écouté un futur premier ministre:

*Je dirai ceci: nous sommes tous Canadiens. En aval de l'île de Montréal, l'eau vient du Nord, de l'Outaouais, puis se joint aux eaux venant des lacs de l'Ouest. Malgré cette jonction, les eaux ne se mélangent pas. Elles s'écoulent en flots parallèles, séparés, distincts, mais ne formant qu'un seul cours, entre les mêmes berges, le puissant Saint-Laurent s'écoulant vers la mer et portant le commerce d'une nation dans son sein: c'est l'image parfaite de notre nation. Nous ne nous assimilons pas, nous ne nous mélangeons peut-être pas, mais, à tout prendre, nous sommes les éléments d'un même pays.*

Laurier devait également se battre pour gagner le cœur et l'esprit des siens, aussi méfiants alors qu'ils le sont aujourd'hui des chefs qui vont à Ottawa et les oublient. Voici ce que Laurier a dit au Club National à Montréal:

*Nous, d'origine française, avons le sentiment de notre propre individualité. Nous voulons transmettre à nos enfants la langue reçue de nos ancêtres. Mais, en chérissant ce sentiment dans nos cœurs, nous n'admettons pas qu'il est compatible avec notre nom de Canadiens. Nous sommes des citoyens du Canada, et nous avons l'intention de remplir tous les devoirs que ce titre implique.*

Cela dit, dès que nous invitons des hommes d'une autre race à notre table, nous affirmons qu'ils sont nos concitoyens, tout comme eux affirment que nous sommes leurs concitoyens. Notre pays, c'est leur pays: leurs opinions politiques sont nos opinions politiques; nos aspirations sont leurs aspirations. Ce qu'ils veulent, et ce que nous voulons, c'est que les droits des minorités soient respectés; que nos garanties constitutionnelles soient sauvegardées; que les provinces demeurent souveraines et que le Canada soit uni dans sa diversité.

Au Parlement, dans un Ottawa de langue anglaise, il était tout aussi intransigeant:

*Je suis fils d'une Canadienne-française, et je déclare que je suis aussi attaché à la langue que j'ai apprise sur ses genoux que je chéris la vie qu'elle m'a donnée. Sur ce point, si j'en appelais à chaque citoyen d'origine anglaise, à chaque membre de cette race pour qui l'amour de la patrie et de la famille est tellement fort, je sais bien que chacun d'entre eux répondra que, dans notre position, il ferait exactement la même chose pour protéger sa langue maternelle.*

Le Canada fut-il le maître du XX<sup>e</sup> siècle? Pas si les auditeurs de Laurier avaient cru à l'avènement d'une superpuissance impériale dominatrice, réglementant les affaires d'un monde plein de ressentiment. Mais ce n'est pas non plus de cette façon que le XIX<sup>e</sup> siècle avait appartenu à nos voisins du Sud. Entre 1800 et 1900, les Américains avaient édifié une société d'un dynamisme exceptionnel, cruelle et oppressive pour beaucoup de ses citoyens, d'une opulence indécente pour d'autres, mais riche en perspectives et en espoir pour presque tous.

En abordant le XXI<sup>e</sup> siècle au Canada, il serait absurde de faire abstraction de nos échecs et de nos craintes, mais serait-il contraire à l'esprit canadien de se souvenir des réalisations collectives rendues possibles par nos deux grands fondateurs? Ou d'oublier le conseil du premier:

*Le Canada est un grand pays, qui deviendra l'un des plus grands de l'univers si nous savons le préserver, mais qui sombrera dans l'oubli si nous le laissons se disloquer.*

---



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

---

WITNESSES—TÉMOINS

The Honourable John Lynch-Staunton, *Sponsor of the bill.*

L'honorable John Lynch-Staunton, *parrain du projet de loi.*

*From McGill University:*

Desmond Morton, Director, McGill Institute for the Study of  
Canada.

*De l'Université McGill:*

Desmond Morton, directeur, Institut d'études canadiennes de  
McGill.



First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Social Affairs, Science and Technology

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, April 26, 2001

Le jeudi 26 avril 2001

Issue No. 9

Fascicule n° 9

**Eighth meeting on:**  
The state of the health care system in Canada

**Huitième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

INCLUDING:  
THE FOURTH REPORT OF THE COMMITTEE  
(Bill S-14, An Act respecting  
Sir John A. Macdonald Day and  
Sir Wilfrid Laurier Day)

Y COMPRIS:  
LE QUATRIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(Projet de loi S-14, Loi instituant la  
Journée Sir John A. Macdonald et la  
Journée Sir Wilfrid Laurier)

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)





THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Carstairs, P.C.	Hubley
(or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton
Cook	(or Kinsella)
Cordy	Morin
Fairbairn, P.C.	Murray, P.C.
Forrestall	Robertson
Graham, P.C.	Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Changes in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Morin substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*April 26, 2001*).

The name of the Honourable Senator Hubley substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*April 26, 2001*).

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Morin (*April 26, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-président:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

* Carstairs, c.p.	Hubley
(ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton
Cook	(ou Kinsella)
Cordy	Morin
Fairbairn, c.p.	Murray, c.p.
Forrestall	Robertson
Graham, c.p.	Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 26 avril 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Hubley est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 26 avril 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 26 avril 2001*).

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Thursday, April 26, 2001  
(10)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 11:03 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Graham, P.C., Hubley, Kirby, LeBreton, Morin, Robertson and Roche (10).

*Other senator present:* The Honourable Senator Cohen (1).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

**WITNESSES:**

*From the Canadian Institutes of Health Research:*

Dr. Alan Bernstein, President.

*From Health Canada:*

Kimberly Elmslie, Acting Executive Director, Health Research Secretariat.

*From Statistics Canada:*

T. Scott Murray, Director General, Institution and Social Statistics Branch.

Dr. Bernstein made a presentation and answered questions.

Ms Elmslie made a presentation and answered questions.

Mr. Murray made a presentation and answered questions.

The following witnesses submitted a brief:

Canadian Institute of Health Research, Health Canada and Statistics Canada.

The committee discussed future business.

At 1:15 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

**ATTEST:**

*La greffière suppléante du comité,*

Josée Thérien

*Acting Clerk of the Committee*

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le jeudi 26 avril 2001  
(10)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 03 dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Graham, c.p., Hubley, Kirby, LeBreton, Morin, Robertson et Roche (10).

*Autre sénateur présente:* L'honorable sénateur Cohen (1).

*Également présents:* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité poursuit l'examen de l'étude spéciale sur l'état du système de santé au Canada. (*Le texte de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

**TÉMOINS:**

*Des Instituts de recherche en santé du Canada:*

Le Dr Alan Bernstein, président.

*De Santé Canada:*

Kimberly Elmslie, directrice exécutive par intérim, Secrétariat de recherche en santé.

*De Statistique Canada:*

T. Scott Murray, directeur général, Direction de la statistique sociale et des institutions.

M. Bernstein fait une présentation et répond aux questions.

Mme Elmslie fait une présentation et répond aux questions.

M. Murray fait une présentation et répond aux questions.

Les témoins suivants ont remis un mémoire:

Institut de recherche en santé du Canada, Santé Canada et Statistique Canada.

Le comité discute de ses activités futures.

À 13 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

**ATTESTÉ:**

**REPORT OF THE COMMITTEE**

Thursday, April 26, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

**FOURTH REPORT**

Your Committee, to which was referred Bill S-14, An Act respecting Sir John A. Macdonald Day and Sir Wilfrid Laurier Day, has, in obedience to the Order of Reference of Tuesday, February 20, 2001, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Respectfully submitted,

**RAPPORT DU COMITÉ**

Le jeudi 26 avril 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

**QUATRIÈME RAPPORT**

Votre comité, auquel a été déféré le Projet de loi S-14, Loi instituant la Journée Sir John A. Macdonald et la Journée Sir Wilfrid Laurier a, conformément à l'ordre de renvoi du mardi 20 février 2001, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Respectueusement soumis,

*Le président,*

MICHAEL KIRBY

*Chair*



## EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, April 26, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:03 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, I suggest we begin. We have three witnesses this morning. We will hear them sequentially, rather than as a panel, because they will be speaking on three different subjects.

Our first witness is Dr. Alan Bernstein, President of the Canadian Institutes of Health Research, also known as CIHR. We should congratulate Dr. Bernstein, as it was a year ago today that his bill was passed. As you will recall, this committee dealt with the bill that created the CIHR: we had extensive discussions with many individuals, including Dr. Bernstein, as I recall.

We are delighted to have you with us.

Dr. Bernstein has distributed a handout, which includes on the last four pages overheads, to which I presume he will be referring.

**Dr. Alan Bernstein, President, Canadian Institutes of Health Research:** Thank you very much for this opportunity, Mr. Chairman and honourable senators. I do appreciate this opportunity to appear before the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for your study on Canada's health care system.

I notice that Phase 2 of the study is entitled "Future Trends, Their Causes and Impact on Health Care Costs," and it is to that aspect that I would like to speak to you this morning.

As Senator Kirby said, today is the anniversary of Parliament's passing of the bill that created the CIHR. This committee was one of midwives of the bill that created CIHR.

**The Chairman:** As such, we are not covered by medicare.

**Dr. Bernstein:** I would note that your colleague Senator Morin is undoubtedly one of the parents of CIHR. He was, first, a distinguished member of the Medical Research Council, the predecessor organization of CIHR; he served on both the interim governing council of CIHR and then the governing council of CIHR before you stole him away to the Senate. It is our loss and the country's gain. Of course, Senator Morin is himself a distinguished clinician and researcher.

It would not be an understatement to state that the current revolution in health research will be one of the drivers, if not the single largest driver, of change in the health care system in the next 10 to 20 years. This scientific revolution is being fueled by our rapidly emerging understanding of the molecular basis of life,

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 26 avril 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 03 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Avec votre permission, sénateurs, nous allons commencer. Ce matin, nous accueillons trois témoins. Nous allons les entendre un à la suite de l'autre plutôt qu'en groupe parce que chacun abordera un sujet différent.

Notre premier témoin est le Dr Alan Bernstein, président des Instituts de recherche en santé du Canada, également connus sous le nom d'IRSC. Nous devrions féliciter le Dr Bernstein dans la mesure où son projet de loi a été adopté il y a un an. Comme vous vous en souviendrez sans doute, le comité a étudié le projet de loi portant création des IRSC; nous avons eu d'intenses pourparlers avec bon nombre de personnes, notamment le Dr Bernstein, si je me souviens bien.

Nous sommes ravis de vous compter parmi nous.

Le Dr Bernstein a distribué un document. Les diapositives auxquelles il fera allusion, du moins je le suppose, figurent aux quatre dernières pages.

**Le Dr Alan Bernstein, président, Instituts de recherche en santé du Canada:** Monsieur le président et honorables sénateurs, je vous remercie beaucoup de l'occasion qui m'est donnée. Je suis heureux de comparaître devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, qui étudie l'état du système de soins de santé au Canada.

Je constate que la phase 2 de l'étude s'intitule: «Tendances futures, leurs causes et répercussions sur les coûts des soins de santé», et c'est précisément l'aspect dont j'aimerais vous entretenir ce matin.

Comme le sénateur Kirby l'a indiqué, c'est aujourd'hui le premier anniversaire de l'adoption du projet de loi portant création des IRSC par le Parlement. Le comité a été l'une des sages-femmes qui a présidé à la naissance des IRSC.

**Le président:** C'est ce qui explique que nous ne soyons pas visés par le régime d'assurance-maladie.

**Dr Bernstein:** J'en profite pour souligner que l'un de vos collègues, soit le sénateur Morin, compte indéniablement parmi les parents des IRSC. D'abord, il a été un des membres distingués du Conseil de recherches médicales, prédécesseur des IRSC; il a siégé au conseil d'administration provisoire des IRSC, puis au conseil d'administration, avant que le Sénat ne lui mette le grappin dessus. Nous avons essuyé une perte, mais le pays y a gagné. Bien entendu, le sénateur Morin est lui-même un clinicien et un chercheur distingué.

Ce ne serait pas sous-évaluer la réalité que d'affirmer que la révolution en cours dans la recherche en santé sera l'un des principaux facteurs, sinon le principal facteur, des changements à venir dans le système des soins de santé au cours des dix à vingt prochaines années. Cette révolution scientifique est alimentée par

of human biology and human disease, and the recent and ongoing advances in genetics and genomics, together with an appreciation that our health and susceptibility to disease is really the summation of a complex interplay between environmental factors, genetics and social factors. That appreciation will transform our health care system in the next 10 to 20 years.

I have divided those changes into four areas. At the moment, our health care system is largely reactive. We largely interact with the health care system when we are ill. That is going to change as a result of the genomics revolution. For example, the genes that are involved in about 10 per cent of breast and colon cancers have been identified. Schizophrenia and diabetes will be next. We have the potential now, if one has a family history of those diseases, to do a DNA test and to say, "You will get breast cancer with a 94 per cent probability in 60 years, based on genetic inheritance."

There is not much we can do about breast cancer other than a preventive mastectomy. Yet, studies have shown that many women want to know, if they have a family history of breast cancer, whether they have these mutations. Again, with colon cancer the gene has been identified. We have gone from an ignorance of that disease to now being able almost routinely, if one has a family history, to sequence the FAP gene, which is involved in colon cancer, and if one has the mutation, to removing the polyps, the pre-malignant growths that emerge and prevent that disease, which is inevitably otherwise fatal.

This is a different kind of health care. It will develop as more and more disease genes are identified over the next few years.

It is also raising profoundly new ethical, legal and social issues for all of us to deal with. Those new molecular insights, of course, will also mean that we are moving from a descriptive phase of medicine and health care to a mechanism-based description, where we understand the basic underlying biology of disease. That will change how we diagnose disease. It will also change and is changing how drugs are discovered. These new therapies, whether they are drug, gene or stem cell therapy, will be expensive but effective. They will also, for both those reasons, have profound impacts on Canada's health care system.

Information technology, another major driver of change, is also, as I said in my submission to you, effectively going to democratize the health care information highway. Anybody now has access to the information. The clientele is going to be knowledgeable and will want access to the latest drug or other

l'émergence rapide de notre compréhension du fondement moléculaire de la vie, de la biologie humaine et de la maladie, les progrès récents et en cours en génétique et en génomique, de même que par la compréhension du fait que notre santé et notre prédisposition à la maladie sont le résultat d'une interaction complexe entre des facteurs génétiques, sociaux et environnementaux. Cette compréhension entraînera une transformation de notre système de soins de santé d'ici dix à vingt ans.

J'ai réparti ces changements dans quatre domaines. À l'heure actuelle, notre système de soins de santé est pour une large part réactif. Pour l'essentiel, c'est quand la maladie nous frappe que nous avons recours au système de soins de santé. Cette situation va changer en raison de la révolution génomique. Par exemple, on a identifié les gènes en cause dans environ 10 p. 100 des cas de cancer du sein et du côlon. La schizophrénie et le diabète viendront ensuite. En présence d'une personne qui a de telles maladies dans ses antécédents familiaux, nous sommes dès aujourd'hui en mesure d'effectuer un test d'ADN et de dire: «Compte tenu de votre bagage génétique, la probabilité de cancer du sein d'ici 60 ans s'établit chez vous à 94 p. 100.»

En ce qui concerne le cancer du sein, il n'y a pas grand-chose que nous puissions faire, sinon la mastectomie préventive. Pourtant, des études montrent que de nombreuses femmes tiennent à savoir, à supposer qu'il y ait des cas de cancer du sein dans leurs antécédents familiaux, si elles sont porteuses de ces mutations. Une fois de plus, on a identifié le gène du cancer du côlon. Il n'y a pas si longtemps, nous ne savions rien de cette maladie. En présence d'une personne qui a des cas de cancer du côlon dans ses antécédents familiaux, nous sommes désormais en mesure, de façon presque routinière, d'établir la séquence du gène FAP, en cause dans le cancer du côlon. Si la personne est porteuse de la mutation, on peut alors procéder religieusement à l'excision des polypes, excroissances précancéreuses, et prévenir la maladie, qui, sinon, est inévitablement mortelle.

Il s'agit d'une forme différente de soins de santé. Au cours des prochaines années, elle se généralisera, au fur et à mesure que de nouveaux gènes de maladie seront identifiés.

Ces pratiques soulèvent de nombreuses questions nouvelles et profondes d'ordre éthique, juridique et social. En raison de ces connaissances nouvelles de la vie moléculaire, nous allons, naturellement, passer de la phase descriptive de la médecine et des soins de santé à une description fondée sur les mécanismes, en vertu de laquelle nous comprenons la biologie sous-jacente des maladies. Nos méthodes diagnostiques s'en trouveront transformées. Ces méthodes transformeront et transforment déjà la découverte de nouveaux médicaments. Ces nouvelles thérapies géniques, associées à des médicaments ou à des cellules souches, seront coûteuses, mais efficaces. Pour les deux mêmes raisons, elles auront aussi des impacts profonds sur le système de soins de santé du Canada.

La technologie de l'information, autre important facteur de changement, va également entraîner une démocratisation de l'autoroute de l'information dans le domaine des soins de santé, comme je l'ai indiqué dans mon mémoire. Aujourd'hui, chacun a accès à l'information. Une clientèle de plus en plus raffinée



therapies. Of course, it will have an impact on delivering health care to Canada's remote rural and northern regions as well.

The final driver of change will be demographics. There is a bulge of people my age moving through the system. It will have quite a profound impact on the health care system over the next 20 to 30 years.

It is within the context of a revolution in research that CIHR was born exactly one year ago. Canadians place a great value on health and the health care system. The creation of CIHR, with its very broad and integrative mandate, explicitly recognizes that a cost-effective and innovative health care system cannot exist without a vibrant internationally competitive and strategic health research enterprise.

I am sure honourable senators are familiar with the Fyke report out of Saskatchewan. That report emphasizes that research is a pillar of the transformation to a high-quality health care system that is both accessible and efficient.

CIHR has developed a bold and broad new vision with an innovative structure that includes the creation of 13 virtual institutes that span the entire spectrum of health concerns of Canadians. CIHR is the primary agency through which the Government of Canada funds health research.

I would also add that, although I do not think it is within your immediate mandate, CIHR is also key to building a knowledge-based economy. In addition to contributing to a health agenda and a more cost-effective health care system, CIHR-funded research and programs are contributing directly to Canada's health-related biotechnology sector, a sector that is key to Canada's growth in the 21st century.

In addition to the 13 institutes that were announced in July and the scientific directors from across Canada that were announced in December, we are bringing together researchers from all pillars of health research, biomedical and clinical researchers, health systems researchers and population health researchers, as outlined in the legislation.

The advisory boards that were announced in January bring together from across the country 218 volunteer Canadians who will advise those 13 scientific directors about the strategic initiatives that should be developed by CIHR's 13 institutes. This is a brand new structure. We have never had this in Canada before. Early signs are that it is working.

A key part of our mandate is to promote and disseminate knowledge and the application of health research, to improve the health of Canadians. CIHR is developing as we speak a multifaceted knowledge translation initiative.

tiendra à bénéficier des médicaments ou d'autres thérapies de pointe. Naturellement, cette situation aura également un impact sur la prestation des soins de santé dans les régions rurales et nordiques éloignées du Canada.

Les facteurs démographiques seront le dernier vecteur du changement. Un grand nombre de personnes de mon âge avancent dans le système. Cette situation aura un impact relativement profond sur le système de soins de santé au cours des vingt à trente prochaines années.

C'est dans le contexte de la révolution dans la recherche que sont nés les IRSC il y a exactement un an. Les Canadiens attachent une grande importance à la santé et à leur système de soins de santé. La création des IRSC, avec leur vaste mandat intégratif, reconnaît explicitement qu'un système de soins de santé économique et innovateur ne peut pas exister sans une entreprise de recherche en santé dynamique, concurrentielle à l'échelle internationale et stratégique.

Je suis certain que les honorables sénateurs sont au courant du rapport Fyke qui émane de la Saskatchewan. Dans ce rapport, on mentionne que la recherche est un des piliers du passage vers un système de soins de santé de haute qualité à la fois accessible et efficient.

Les IRSC reposent sur une nouvelle vision énergique et vaste ainsi que sur une structure innovatrice comportant la création de 13 instituts virtuels couvrant tout le spectre des préoccupations des Canadiens à l'égard de la santé. Les IRSC sont le principal organisme par le truchement duquel le gouvernement du Canada finance la recherche en santé.

J'ajoute en outre que, même si, me semble-t-il, cette question ne fait pas partie de votre mandat immédiat, les IRSC jouent un rôle essentiel dans l'établissement d'une économie du savoir. En plus de contribuer au programme de la santé et à l'établissement d'un système de soins de santé plus efficient, la recherche financée par les IRSC et les programmes de l'organisme ont contribué directement à l'expansion du secteur canadien de la biotechnologie axée sur la santé, secteur qui joue un rôle déterminant dans la croissance du Canada au XXI<sup>e</sup> siècle.

Hormis les 13 instituts dont on a fait l'annonce en juillet et l'annonce, en décembre, de la nomination des directeurs scientifiques originaires des quatre coins du Canada, nous réunissons des chercheurs qui oeuvrent dans tous les secteurs de la recherche en santé, et s'intéressent aux recherches biomédicales et cliniques, aux systèmes de santé et à la santé des populations, comme le prévoit la loi.

Les conseils consultatifs, annoncés en janvier, réunissent 218 bénévoles des quatre coins du Canada. Ils conseilleront nos treize directeurs scientifiques relativement aux initiatives stratégiques qui devraient être élaborées par les 13 instituts. Il s'agit d'une toute nouvelle structure. Le Canada n'a jamais rien connu de tel auparavant. Selon les premières indications, les résultats sont probants.

Un des éléments clés de notre mandat consiste à promouvoir et à diffuser la connaissance et l'application des recherches en santé, de même qu'à améliorer l'état de santé des Canadiens. Au moment où nous nous parlons, les IRSC s'emploient à la mise au



All levels of government need objective and scientific evidence in order to make informed policy decisions, given the avalanche of new treatments in the pipeline. Canada's health research community already serves as a receptor for the world's scientific advances. Canada is a small country, scientifically. Thus, we are not only contributing to our own science, but also helping our policy makers evaluate new advances, made worldwide, to guide decision making.

We need to understand this complex interplay between our genetics and the psychosocial environmental factors that affect our health and disease. We also need to worry about the ethical implications of this new technology. For example, the government is proposing to put into place a legislative framework around the use of assisted human reproduction and the uses of the human embryo.

CIHR has anticipated a great interest in stem cell research for disease therapy, and actually released, a few weeks ago, a guideline for researchers in Canada for all CIHR-funded research involving the use of human stem cell and human embryos. This document has been received positively by the international scientific community. Two weeks ago, *Nature*, the world's most prestigious scientific journal, carried a story on our guidelines. The story was entitled, "Canadian Panel Aims for Middle Ground" — the usual place that we in Canada like to be in.

The Institute of Health Services and Policy Research will support research to address the need for health systems, technologies and tools to promote health, prevent disease and deliver health care effectively for all sectors of the Canadian population, as well as to evaluate the economic impact of the health care system. I will not list the details of the mandate; it is included in my written submission.

I give several examples where I think research funded by CIHR has had an impact within the health care system, in terms of saving the system money. There is an example on pneumonia that I will not expand upon. There are also examples on heart attacks and diabetes. As well, there was a study reported last week in the prestigious *New England Journal of Medicine* on ear infections — which is the most common reason that children are taken to the doctor — that commented on the current practice and how these operations are unnecessarily spending money without really helping the children. If the guidelines of that study were adopted, it would save Canada's health care system approximately \$300 million a year. That is not a bad return on such an investment.

point d'une initiative de traduction des connaissances à multiples facettes.

Devant l'avalanche des nouveaux traitements, tous les ordres de gouvernements ont besoin d'appuyer leurs décisions politiques sur des preuves objectives et scientifiques. Ainsi le milieu de la recherche en santé joue-t-il déjà un rôle de récepteur des percées scientifiques réalisées partout dans le monde. Sur le plan scientifique, le Canada est un petit pays. Ainsi, non seulement nous apportons une contribution à notre propre connaissance scientifique, mais en plus nous aidons nos décideurs à évaluer les nouvelles percées réalisées partout dans le monde de manière à éclairer leurs décisions.

Nous devons comprendre les interactions complexes de notre bagage génétique et des facteurs environnementaux et psychosociaux qui ont une incidence sur notre état de santé et de maladie. Nous devons également nous inquiéter des répercussions de cette nouvelle technologie sur le plan éthique. Par exemple, le gouvernement s'affaire à la mise en place d'un cadre législatif entourant la procréation assistée et l'utilisation de l'embryon humain.

Ayant prévu l'intérêt suscité par la recherche sur les cellules souches pour le traitement des maladies, les IRSC ont publié, il y a quelques semaines, des lignes directrices sur l'utilisation des cellules souches et des embryons humains. Le document a reçu un accueil favorable de la part de la communauté scientifique internationale. Il y a deux semaines, *Nature*, soit le journal scientifique le plus prestigieux du monde, a publié un article portant sur ces lignes directrices. L'article s'intitulait «Canadian Panel Aims for Middle Ground» — la position mitoyenne, c'est-à-dire dans laquelle le Canada se plaît habituellement.

L'Institut des services et des politiques de la santé soutient des recherches portant sur le système canadien de soins de santé ainsi que sur les technologies et les instruments permettant de promouvoir la santé, de prévenir la maladie et de fournir efficacement des soins de santé à tous les secteurs de la population canadienne. L'Institut évaluera également l'impact du système de soins de santé. Je n'énumérerai pas en détail tous les points du mandat de l'Institut. La liste figure dans mon mémoire écrit.

Je vais maintenant donner quelques exemples de secteurs dans lesquels, à mon avis, les fonds octroyés par les IRSC ont eu un impact sur le système de soins de santé, du point de vue des économies. Il y a un exemple portant sur le traitement de la pneumonie, sur lequel je n'ai pas l'intention de m'étendre. Il y a également des exemples relatifs aux crises cardiaques et au diabète. Dans le prestigieux *New England Journal of Medicine*, on a, la semaine dernière, fait état d'une étude consacrée aux otites — c'est-à-dire la raison pour laquelle les enfants sont le plus souvent conduits chez le médecin — portant sur les pratiques actuelles et le fait qu'on consacre inutilement des sommes à ces interventions, sans véritablement venir en aide aux enfants. Si on adoptait les lignes directrices découlant de l'étude, le système de soins de santé du Canada pourrait réaliser des économies d'environ 300 millions de dollars par année. Ce n'est pas là un mauvais rendement, compte tenu de l'investissement initial.

We are all too familiar now with the E.coli infections in Walkerton, Ontario that led to several deaths, and other incidents have been reported involving hamburger meat. Dr. Brett Finlay, a UBC researcher, is a CIHR distinguished investigator. Dr. Finlay's work is noteworthy on two levels — and this is illustrative of what CIHR is about. He has elucidated in a beautiful series of experiments exactly how E.coli causes kidney failure and death and how it adheres to the intestinal linings in our body to cause diarrhoea and the like. As well, he has gone beyond that science and, in collaboration with the Alberta Research Council, the Saskatchewan Veterinary Disease Organization, and Bioniche Incorporated, a biotech company in Ontario, has developed a vaccine against that particular strain of E.coli, and this vaccine is now being used to immunize cows. Cows are latent carriers of that bacteria and undoubtedly the runoff from that herd caused the problems in Walkerton. They are now doing experiments with 300,000 cattle in Canada to see whether they can effectively immunize them against E.coli and as such prevent contamination of our water supply with that bacterium. That is a great example of wonderful science and a partnership between four provinces and the public and private sectors. Dr. Finlay is also a wonderful communicator. He gives the annual Christmas lecture at the Howard Hughes Medical Institute, in Washington, D.C. This is something that all Canadians should take great pride in.

Another example is Dr. Jacques Simard, at Laval University. He is working on genes involved in prostate cancer, following on work that he had done earlier on genes involved in breast cancer. We have just funded Dr. Simard with a large grant, including a multidisciplinary team, to work on the genes involved in various cancers, working with community groups in the population and researchers from all four pillars to understand how these genes work, how they can be used in diagnostic methodologies and, it is hoped, to prevent and treat diseases.

I have other examples of CIHR funded work that, because of time, I will not go through, except for one example, which is the problem of diabetes in Canada's Aboriginal population. It is an epidemic, to put it mildly. Over 50 per cent of Canada's Aboriginal peoples have diabetes.

**The Chairman:** I saw that number and thought it might have been a typo.

**Dr. Bernstein:** No, that is the right number. You might wish to invite Dr. Bernie Zinman from Mount Sinai Hospital, who is working closely with Aboriginal peoples on this very serious problem.

Les infections à E. coli de Walkerton, en Ontario, qui ont provoqué quelques décès, et d'autres incidents liés à la viande hachée, nous sont déjà trop familiers. Le Dr Brett Finlay, chercheur à l'Université de la Colombie-Britannique, compte parmi les chercheurs émérites des IRSC. Les travaux du Dr Finlay sont remarquables à deux égards — situation qui illustre bien la raison d'être des IRSC. Au moyen d'une série subtile d'expériences, il a montré comment E. coli entraîne une défaillance rénale liée à la mort et comment la bactérie adhère aux cellules épithéliales intestinales, en provoquant de la diarrhée et d'autres maux du genre. Toutefois, il ne s'est pas contenté de faire avancer la science. En partenariat avec le Conseil de recherche de l'Alberta, la Veterinary Disease Organization de la Saskatchewan et Bioniche Incorporated, entreprise ontarienne de biotechnologie, ont mis au point un vaccin expérimental contre cette souche particulière de la bactérie E. coli, et on utilise aujourd'hui ce vaccin pour immuniser des vaches. Ces animaux sont des porteurs asymptomatiques de la bactérie, et c'est sans doute les déjections d'un troupeau de vaches qui sont à l'origine des problèmes qu'a connus Walkerton. On réalise actuellement des expériences auprès de trois mille vaches au Canada, afin de déterminer si ces dernières peuvent être immunisées de façon efficace contre E. coli, ce qui permettrait de prévenir la contamination de nos sources d'approvisionnement en eau par la bactérie. Il s'agit là d'une merveilleuse illustration d'un projet de partenariat dans le domaine scientifique mené de concert par quatre provinces de même que par les secteurs public et privé. Le Dr Finlay est aussi un remarquable communicateur. Il prononce la conférence donnée chaque année à Noël au Howard Hughes Medical Institute de Washington, D.C. Les Canadiens devraient tous en être fiers.

J'en profite pour souligner aussi l'exemple du Dr Jacques Simard, de l'Université Laval. Il s'intéresse aux gènes liés au cancer de la prostate, dans la foulée des travaux qu'il a effectués au préalable sur les gènes en cause dans le cancer du sein. Nous venons tout juste d'accorder une importante subvention au Dr Simard, aux fins notamment de l'établissement d'une équipe multidisciplinaire qui se penchera sur les gènes associés à divers cancers. Le Dr Simard travaillera avec des groupes communautaires et des chercheurs représentant les quatre piliers de la santé, afin de comprendre le fonctionnement de ces gènes de même que l'utilisation qu'on peut en faire comme méthodes diagnostiques et, espère-t-on, comme méthode de prévention et de traitement de maladies.

J'ai cité d'autres exemples de travaux financés par les IRSC. Par souci de concision, je n'en parlerai pas, sauf en ce qui concerne le problème du diabète au sein de la population autochtone du Canada. On peut, sans exagération, parler d'une épidémie. Plus de 50 p. 100 des Autochtones du Canada souffrent de diabète.

**Le président:** À la vue de ce chiffre, j'ai cru avoir affaire à une faute de frappe.

**Dr Bernstein:** Non, c'est le bon chiffre. Vous voudrez peut-être inviter le Dr Bernie Zinman, qui dirige la stratégie de l'Association canadienne du diabète. Le Dr Zinman travaille en étroite collaboration avec la population autochtone relativement à ce problème.



Undoubtedly, the epidemic of diabetes in that population and the complications and deaths that arise from that disease are a combination of genetics, family history and lifestyle. Dr. Ann Macaulay heads the Kahnawake Centre for Research and Training and Diabetes Prevention. She heads a community alliance for health research, a new program that we started this year that involves researchers from McGill University and community researchers in the Aboriginal community to develop and evaluate a model for diabetes prevention in the Aboriginal population.

I have met with Aboriginal leaders from Sandy Lake, in northwestern Ontario, about this. It is really a terrible disease. It is a chronic disease. It probably is at least 50 per cent preventable, and we need to be doing research and working with community groups.

To conclude, in the short 10 months since the act was passed that created CIHR, we have moved quickly to realize the bold and broad vision that was set out by Parliament in this committee last April. A slate of institutes has been named, including 13 directors and advisory boards. They are actively developing their strategic plans. I would love to list all of the ones that are on their menu. We have funded two novel programs. I mentioned the Community Alliances for Health Research. We have also funded another program called Interdisciplinary Health Research Teams. Together, those 29 projects are an \$80-million investment over the next five years.

They involve over 550 researchers across Canada. The number and breadth of CIHR-funded investigators has been broadened to reflect our new mandate. The average size of grants has been increased in 10 months by 20 per cent, an urgent step to make Canada internationally competitive and to keep our best and brightest researchers in this country. Most important, the Canadian health research community has a new energy and optimism, which is essential as we move forward in this new century.

Ten to 20 years from now, our health care system will undoubtedly be vastly different than it is today. These profound tectonic shifts will be largely driven by science. The health care sector is truly Canada's largest knowledge-based industry, and to contribute to this global health revolution for the health and wealth of all Canadians our country needs a robust, innovative and evidence-based health care system. We require a culture that can respond to change, that can innovate and originate change, a culture that recognizes and awards excellence and evidence-based decision making.

I know of only one way to achieve that goal. Although I look at it through a distorted lens, I think that the only way to have a

Il ne fait aucun doute que l'épidémie de diabète qu'on observe dans cette population de même que les complications et les décès qui en résultent sont le résultat d'une combinaison de facteurs liés à la génétique, aux antécédents familiaux et au mode de vie. La Dre Anne Macaulay dirige le centre de recherche et de formation en prévention du diabète de Kahnawake. Elle dirige une alliance communautaire pour la recherche en santé, nouveau programme que nous avons lancé cette année et auquel participent des chercheurs de l'Université McGill et des chercheurs de la communauté autochtone, qui se sont donné pour but d'élaborer et d'évaluer un modèle de prévention du diabète pour la population autochtone.

J'ai rencontré la population autochtone de Sandy Lake, dans le nord-ouest de l'Ontario, à ce propos. Il s'agit véritablement d'une terrible maladie. C'est une maladie chronique. On peut probablement la prévenir dans une proportion de 50 p. 100, et nous devons effectuer des recherches et travailler auprès des groupes communautaires.

En conclusion, dix mois à peine après l'adoption de la loi qui les a créés, les IRSC n'ont pas tardé à réaliser la grande vision audacieuse que le Parlement a proposée au comité en avril dernier. On a désigné une liste d'instituts, y compris treize directeurs et conseils consultatifs. Ces instituts élaborent présentement leurs plans stratégiques, J'aimerais bien pouvoir dresser la liste de tout ce qu'ils ont à leur menu. Nous avons subventionné deux nouveaux programmes. J'ai fait allusion aux Alliances communautaires pour la recherche en santé. Nous avons également financé un autre programme, appelé Programme des équipes communautaires pour la recherche en santé. Ensemble, ces 29 projets représentent un investissement de 80 millions de dollars répartis sur les cinq prochaines années.

Au total, plus de 500 chercheurs canadiens y participent. Pour rendre compte de notre nouveau mandat, nous allons augmenter le nombre de chercheurs subventionnés par les IRSC de même que le nombre de disciplines visées. En dix mois, on a augmenté l'importance moyenne des subventions de 20 p. 100, mesure urgente pour permettre au Canada de soutenir la concurrence internationale aussi bien que pour garder au pays nos chercheurs les plus brillants. Fait plus important encore, la communauté canadienne de la recherche en santé est animée d'une énergie et d'un optimisme nouveaux, condition essentielle au progrès au cours du siècle nouveau.

Dans dix ou vingt ans, notre système de santé sera sans doute très différent de ce qu'il est aujourd'hui. Ces déplacements tectoniques profonds seront dans une large mesure produits par la science. Le secteur des soins de santé est véritablement la plus importante industrie du savoir canadienne. Pour contribuer à cette révolution mondiale au nom de la santé et de la prospérité de tous les Canadiens, notre pays a besoin d'un système de soins de santé vigoureux, innovateur et fondé sur des données. Il a besoin d'une culture capable de s'adapter au changement, d'innover et d'insuffler le changement, qui reconnaît et récompense l'excellence et la prise de décisions fondée sur des données.

Je ne connais qu'une seule façon de parvenir à ce but. Ma perception est peut-être biaisée, mais je suis convaincu que la



culture of innovation is through a culture of research, and that needs to permeate everything we do in health.

We are today in the midst of an unprecedented revolution in health research. In a very real sense, the future of our health care system depends on how successfully we both contribute to and benefit from that revolution.

**The Chairman:** Thank you for that update. We are grateful to hear what has happened in the year since we dealt with the bill.

You have addressed with the role of the federal government in what I would call basic research; I want to move to the patient end. There is tremendous pressure from patients to have the latest drug, the latest device, the latest whatever. What are the stages between the completion of one of your research projects and the outcome of that research, be it a drug, a test or a procedure, being available to Canadians?

My second question is related to that. What is the process by which one decides whether it is worth doing, in a value sense? Because we cannot afford all the bells and whistles, how are the trade-offs made? They are obviously made, because some things are offered and others are not; there is at least an implicit trade-off mechanism. What is the process by which we determine that a wonderful new toy is too expensive and would help too few people to proceed with it?

**Dr. Bernstein:** First, just to correct a misapprehension, CIHR does not fund only basic research, by which I mean laboratory research on fundamental mechanisms.

**The Chairman:** I meant basic, as in a process that takes your output and moves into the marketplace.

**Dr. Bernstein:** I skipped over some examples. We also fund clinical research, including clinical trials. One example I skipped over was the work by Dr. Yusuf on the drug Ramipril. We are funding a very large study with Dr. Yusuf in collaboration with two pharmaceutical companies. We have learned that Ramipril might prevent diabetes, so we are now funding a \$2.5-million clinical trial on patients to see whether, in a larger group of patients, Ramipril really will prevent diabetes.

We are also funding this year, for the first time, a tri-national study involving the U.S. and the U.K. on new therapeutic modalities for HIV/AIDS. In addition, the health services pillar of CIHR will be evaluating the health economics of any new innovation within the health care system.

seule façon d'adopter une culture de l'innovation consiste à se doter d'une culture de la recherche, laquelle doit imprégner tout ce que nous faisons dans le secteur de la santé.

Nous nous trouvons aujourd'hui au beau milieu d'une révolution sans précédent dans le domaine de la recherche sur la santé. Il est très clair que l'avenir de notre système de soins de santé dépend de la mesure dans laquelle nous parviendrons à contribuer à cette révolution et à en tirer des bénéfices.

**Le président:** Je vous remercie de cette mise à jour. Nous sommes heureux d'apprendre ce qui s'est passé depuis que nous avons examiné le projet de loi, il y a un an.

Vous avez dit un mot du rôle du gouvernement fédéral dans ce que j'appellerais la recherche fondamentale. J'aimerais maintenant m'intéresser aux patients. Ces derniers exercent de fortes pressions pour avoir droit au médicament le plus récent, à l'appareil le plus récent, et ainsi de suite. Quelles sont les étapes entre la fin de vos projets de recherche et le résultat de ces derniers, qu'il s'agisse d'un médicament, d'une procédure ou d'un test mis à la disposition des Canadiens?

Ma deuxième question se rapporte au même sujet. Comment décide-t-on que tel ou tel projet mérite d'aller de l'avant, du point de vue de sa valeur? Comme nous n'avons pas les moyens de tout nous offrir, comment s'y prend-on pour faire des compromis? De toute évidence, il y en a, parce que certaines choses sont proposées, d'autres non. Il y a donc tout au moins une forme implicite de mécanisme de compromis. Par quel moyen en vient-on à déterminer quel nouveau jouet extraordinaire est trop coûteux et profiterait à trop peu de personnes pour qu'on l'adopte?

**Dr. Bernstein:** Permettez-moi d'abord de corriger un malentendu. Les IRSC ne financent pas que la recherche fondamentale, c'est-à-dire la recherche effectuée en laboratoire sur des mécanismes fondamentaux.

**Le président:** J'entendais le mot «fondamental» au sens d'un processus en vertu duquel un produit fait son entrée sur le marché.

**Dr. Bernstein:** J'ai sauté par-dessus quelques exemples. Nous finançons également la recherche appliquée, y compris les essais cliniques. Parmi les exemples que j'ai passés sous silence, je souligne les travaux du Dr Yusuf sur le médicament appelé ramipril. En collaboration avec deux sociétés pharmaceutiques, nous subventionnons une très vaste étude menée par le Dr Yusuf. Comme nous avons appris que le ramipril pouvait prévenir le diabète, nous finançons maintenant des essais cliniques d'une valeur de 2,5 millions de dollars. On mène ces essais auprès d'un groupe important de patients pour établir si le ramipril prévient effectivement le diabète.

Cette année, nous finançons également pour la première fois une étude trinationale sur les nouvelles modalités thérapeutiques du VIH/sida, de concert avec les États-Unis ou le Royaume-Uni. Dans le domaine des services de santé, les IRSC s'intéresseront tout particulièrement aux aspects liés à l'économie de la santé de toute nouvelle innovation dans le système de soins de santé.

On your second question, one can make great advances scientifically, but someone must evaluate their cost effectiveness in the real world. That is the function of the Institute of Health Services and Policy Research headed by Morris Barer. They are asking questions exactly along those lines. We are hoping then to have a venue to transmit that information as part of our knowledge-transfer mandate to policy makers across the country. I have already met with deputy ministers of health across Canada to set up ongoing dialogues with them about scientific and research innovations and to convey to them the latest results and the advisability of incorporating them into Canada's health care system.

These are big issues and we need good and objective data to evaluate them. I totally agree with you.

**The Chairman:** What does Morris Barer's organization do?

**Dr. Bernstein:** Of the 13 institutes within CIHR, one is Health Services and Policy Research. You will see that on page 4 of the overheads we have provided. The mandate of that institute is to evaluate the cost effectiveness of innovation within the health care system.

For example, if Dr. Yusuf finds that Ramipril really is effective in preventing diabetes, one of the functions of that institute will be to look at the cost of that drug, look at the number of people with diabetes, look at the side effects, and evaluate whether it makes sense to recommend Ramipril to people at risk of getting diabetes.

**The Chairman:** Is there a document that summarizes what that institute is working on now?

**Dr. Bernstein:** Currently, all the institutes are developing their specific strategic initiatives. The broad mandate for that institute in particular is listed at the beginning of my presentation to you. I am sure that Dr. Barer would be very happy to appear before this committee.

**The Chairman:** This is very important. There is no sense in hearing from him before he completes his strategic plan, but can we assume that it will be done before we rise in the middle of June?

**Dr. Bernstein:** Absolutely.

**Senator LeBreton:** There is much information here. It is obvious that the delivery of health care will change dramatically. You talk about it going from reactive to proactive. I will use Alzheimer's disease as an example. As researchers are able to identify genetically or by other means conditions that signal that a person may be a candidate for Alzheimer's, those people will begin to be treated. Are other bodies looking into the positive economic outcomes of that? For instance, with the growing aging population, there are increased numbers of people in chronic care facilities. That number may decrease in 10 to 15 years as a result of new research and treatment. Has there been a study on the savings that will result from that?

Pour répondre à votre deuxième question, je dirais qu'on doit évaluer l'efficacité dans le monde réel des percées scientifiques réalisées, quelle que soit leur importance. C'est précisément la fonction de l'Institut des services et des politiques de la santé que dirige Morris Barer. Les questions que pose l'Institut vont précisément dans ce sens. Nous espérons disposer d'une tribune pour transmettre les données produites dans le cadre du mandat que nous avons de faire passer les connaissances aux décideurs des quatre coins du pays. J'ai déjà rencontré les sous-ministres de la Santé du Canada afin d'instaurer avec eux un dialogue constant sur les innovations scientifiques et la recherche, de leur faire part des récents résultats et de les conseiller sur l'intégration de ces derniers dans le système canadien de soins de santé.

Ce sont là des enjeux majeurs, et nous avons besoin de données objectives et de qualité pour les évaluer. Je suis parfaitement d'accord avec vous.

**Le président:** Que fait l'institut dirigé par Morris Barer?

**Dr. Bernstein:** L'Institut des services et des politiques de la santé compte parmi les 13 instituts des IRSC. L'Institut figure à la page 4 des diapositives que nous vous avons fournies. Il a pour mandat d'évaluer l'efficacité de l'innovation au sein du système de soins de santé.

Si, par exemple, le Dr Yusuf en vient à la conclusion que le ramipril prévient effectivement le diabète, l'Institut aura notamment pour tâche d'examiner les coûts du médicament, d'établir le nombre de personnes atteintes de la maladie, d'examiner les effets secondaires et, enfin, de déterminer si l'on est fondé à recommander le ramipril aux personnes qui risquent de souffrir de diabète.

**Le président:** Y a-t-il un document qui résume ce à quoi l'Institut travaille aujourd'hui?

**Dr. Bernstein:** À l'heure actuelle, tous les instituts s'emploient à élaborer des initiatives stratégiques précises. J'ai fait allusion au mandat général de l'Institut au début de mon exposé. Je suis certain que le Dr Barer serait très heureux de comparaître devant le comité.

**Le président:** C'est très important. Rien ne sert de l'entendre avant qu'il n'ait mis la dernière main à son plan stratégique, mais pouvons-nous tenir pour acquis qu'il aura terminé avant l'ajournement de nos travaux à la mi-juin?

**Dr. Bernstein:** Certainement.

**Le sénateur LeBreton:** Vous nous avez communiqué beaucoup d'information. Il est évident que la prestation de services de santé se transformera radicalement. De réactive, nous avez-vous dit, elle deviendra proactive. Je veux citer l'exemple de la maladie d'Alzheimer. Dès que les chercheurs seront en mesure de définir, par des moyens génétiques ou autres, des affections laissant croire qu'une personne pourrait être atteinte de la maladie d'Alzheimer, on pourra entreprendre des traitements. Y a-t-il d'autres organismes qui s'intéressent aux résultats économiques positifs de telles démarches? Au vu du vieillissement de la population, par exemple, le nombre de personnes hospitalisées dans des unités pour les maladies chroniques augmente. Grâce aux recherches et aux traitements nouveaux, ce nombre pourrait diminuer d'ici dix



**Dr. Bernstein:** That is a very good point. I think it is our responsibility, senator. There are health economists in the country whose research we will be funding. They will look at the economic burden of disease and, therefore, the resultant savings of either eliminating or ameliorating the disease or shortening hospital stays, et cetera.

I have given examples concerning pneumonia and ear infections. I give dollar values in that regard. Some of that information is available, and some of it is very hard to get. You are right, senator, we need to document that very well.

**Senator LeBreton:** As your research continues, you will have to look at the anticipated crossover point. That is to say, when you look at the next 10 to 15 years and consider the gradual shifts in the system, you will have to consider where it crosses over from a reactive to a proactive health delivery system.

**Dr. Bernstein:** I think we are seeing the tip of the iceberg now. Colon cancer is one example. In my previous life, I was director of research at Mount Sinai Hospital in Toronto, which houses the familial colon cancer clinic for southern Ontario. If an individual has a family history of colon cancer and comes through the door of that hospital, some DNA is taken and the gene is sequenced. This is done even before any symptoms appear. The individual is then followed on an annual basis and the polyps are removed. We are starting to see that happening increasingly. It will permeate the health care system within 20 years.

**Senator LeBreton:** It will cross over in degrees, then.

**Dr. Bernstein:** It will happen incrementally, as these risk factors are identified.

**Senator LeBreton:** But as people come to expect a better delivery of health care, the impact could be huge.

**Dr. Bernstein:** Expectations will also rise with these advances.

**Senator LeBreton:** Once the research is done — and Senator Kirby talked about getting it out to the patient — will there be more pressure placed on practitioners? The practitioners are busy, and the health care system has many patients. What about the individual who has genetic proof of familial breast cancer? How will information be disseminated to the population at large?

**Dr. Bernstein:** I talk a little bit about the Web as being one way of democratizing knowledge in the health care system. Consumers are becoming very knowledgeable. Quite often, individuals with disease X, Y or Z will search the Web to learn more about that disease. They often end up knowing more about the disease than any physician will ever know about it. It is hard for physicians to

à 15 ans. S'est-on intéressé aux économies qui pourraient en résulter?

**Dr. Bernstein:** Vous soulevez un point très important. Sénateur, je crois que c'est notre responsabilité. Nous allons financer les travaux d'économistes sanitaires du Canada. Ils vont examiner le fardeau économique de la maladie et, par conséquent, les économies pouvant découler de l'élimination de la maladie, de l'atténuation des symptômes, de la diminution de la durée des séjours à l'hôpital, et cetera.

J'ai donné des exemples concernant la pneumonie et les otites. J'ai même cité des chiffres s'y rapportant. Une partie de l'information à ce sujet est disponible, et une autre partie est très difficile à obtenir. Vous avez raison, sénateur, nous devons très bien documenter cet aspect.

**Le sénateur LeBreton:** Dans le cadre de vos recherches, vous devrez étudier le point d'intersection prévu, c'est-à-dire envisager, à l'examen des dix à quinze prochaines années et des transformations graduelles du système, le moment à partir duquel la prestation des soins, de réactive qu'elle était, deviendra proactive.

**Dr. Bernstein:** Je crois que nous voyons aujourd'hui la pointe de l'iceberg. Je vais citer l'exemple du cancer du côlon. Dans ma vie antérieure, j'étais directeur de la recherche à l'hôpital Mount Sinai de Toronto, qui abrite la clinique familiale de cancer du côlon pour le sud de l'Ontario. Si une personne dont les antécédents familiaux font état de cas de cancer du côlon franchit la porte de l'hôpital, on prélève de l'ADN, et le gène est mis en séquence. On sait avant même l'apparition de tout symptôme. La personne fait l'objet d'un suivi annuel, et les polypes sont retirés. Cette approche est de plus en plus répandue. Elle se généralisera dans le système de soins de santé d'ici vingt ans.

**Le sénateur LeBreton:** Dans ce cas, la transformation sera graduelle.

**Dr. Bernstein:** Elle s'effectuera par étapes, au fur et à mesure que les facteurs de risque seront identifiés.

**Le sénateur LeBreton:** Comme les Canadiens s'attendent à une prestation de soins de santé de meilleure qualité, l'impact risque cependant d'être énorme.

**Dr. Bernstein:** À la suite de ces percées, les attentes seront elles aussi à la hausse.

**Le sénateur LeBreton:** Une fois les recherches terminées — le sénateur Kirby a fait allusion à leur mise en application au profit des patients —, les praticiens feront-ils face à des pressions accrues? Ils sont occupés, et le système de soins de santé s'adresse à de nombreux patients. Qu'en est-il de la personne qui, dans ses antécédents familiaux, a des cas de cancer du sein; comment l'information sera-t-elle diffusée auprès du grand public?

**Dr. Bernstein:** Je vais dire un mot du Web comme moyen de démocratisation de la connaissance dans le système de soins de santé. Les consommateurs savent beaucoup de choses. Assez souvent, les personnes atteintes de la maladie X, Y ou Z effectueront des recherches dans le Web pour en apprendre plus à son sujet. Souvent, ils en savent plus au sujet de la maladie que



keep up with all these advances. One of our knowledge-transfer functions is to ensure that information about research advances not only is transferred to policy makers but also to health professionals, such as physicians, nurses and other caregivers. In this way, we will be delivering the very latest advice and science within the health care system. It is a challenge.

**Senator Robertson:** Thank you, Dr. Bernstein, for attending here this morning.

My questions relate to something that Senator Kirby identified, as well as to something Senator LeBreton touched upon.

We hear a lot of moaning and groaning about the cost effectiveness of research for new programs. I have always felt that, if research looks after the side effects and ensures that one can live with them, the next step on the part of researchers is to ensure that the end result of the research, whatever it is, can be made cost effective. It seems to me that the two go hand in hand. One should not throw up his hands and say, "We cannot afford that," because, as you identified correctly, the system will change radically. However, there is some responsibility in the research end of things to determine cost effectiveness, to the point at which the public can feel comfortable. There have been many new health care innovations, drugs, et cetera; however, if we measure their cost against the heavy cost of traditional-style care, of keeping patients in hospital beds for protracted amounts of time, goodness knows what we could come up with. There is a trade-off there.

**Dr. Bernstein:** I agree with you. I gave examples involving pneumonia and ear infections, where CIHR-funded work has looked at current clinical practices in hospitals and questioned it. In the case of both conditions, our research has asked: Is current practice the best way to treat this disease? The answer in both cases was no, that more cost-effective methods are available, thus saving Canada's health care system hundreds of millions of dollars.

**Senator Robertson:** It is important for the public to understand these things. The value of the research, I believe, follows that path and makes people comfortable.

Senator LeBreton touched on the plight of physicians and health providers. There is currently a shortage of physicians, and this shortage will continue because of the time required to train physicians. I look at my little province and wonder how we will keep up to date with the research. How will the medical schools respond? How will we retrain? It seems to me that retraining all the people involved in the delivery of health care will be required.

tout médecin en saura jamais. Pour les médecins, il est difficile de suivre le rythme de ces avancées. Au chapitre du transfert de connaissances, l'une de nos fonctions consiste à faire en sorte que l'information relative aux percées réalisées dans le domaine de la recherche soit communiquée non seulement aux décideurs, mais aussi aux professionnels de la santé, par exemple les médecins, les infirmières et d'autres soignants. De cette façon, le système de soins de santé bénéficiera des données scientifiques et des conseils les plus à jour qui soient. C'est un défi.

**Le sénateur Robertson:** Je vous remercie, docteur Bernstein, d'être parmi nous ce matin.

Ma question a trait à un problème soulevé par le sénateur Kirby et auquel le sénateur LeBreton a également fait allusion.

L'efficacité de la recherche consacrée à de nouveaux programmes suscite force grognements et gémissements. Pour ma part, j'ai toujours pensé que, à supposer qu'une recherche porte sur les effets secondaires et vise à faire en sorte qu'une personne soit en mesure de s'en accommoder, l'étape suivante, pour les chercheurs, consiste à faire en sorte que le résultat final de la recherche, quel qu'il soit, puisse être rentabilisé. À mes yeux, les deux vont de pair. On ne devrait pas pousser les hauts cris et dire: «C'est au-dessus de nos moyens» parce que, comme vous l'avez souligné à juste titre, le système se transformera radicalement. Cependant, les chercheurs ont notamment pour tâche de veiller à ce que la rentabilité soit à un niveau que le grand public puisse admettre. On a été témoin de nombreuses innovations dans le domaine des soins de santé, des médicaments, et ainsi de suite. Si, cependant, on mesure leur coût à la lumière du coût considérable des soins traditionnels, c'est-à-dire garder les patients à l'hôpital pendant de très longues périodes, Dieu sait à quoi nous aboutirons. Il y a donc là un compromis à faire.

**Dr. Bernstein:** Je suis d'accord avec vous. J'ai cité des exemples relatifs à la pneumonie et aux otites. Dans le cadre de travaux financés par les IRSC, on s'est penché sur les pratiques cliniques actuelles des hôpitaux et on les a remises en question. En rapport avec ces deux maladies, les chercheurs se sont demandé si les pratiques actuelles constituaient le meilleur moyen de traiter les maladies. Dans les deux cas, on a répondu non. Il existe des méthodes plus efficaces, ce qui permettra aux systèmes de soins de santé du Canada de réaliser des économies de centaines de millions de dollars.

**Le sénateur Robertson:** Il est important que les citoyens le comprennent. C'est dans cette perspective, me semble-t-il, que la recherche s'inscrit, dans la mesure où elle contribue à rassurer les gens.

Le sénateur LeBreton a dit un mot des difficultés que rencontrent les médecins et les fournisseurs de soins. On fait aujourd'hui face à une pénurie de médecins, laquelle perdurera en raison du temps qu'il faut pour former des médecins. J'observe ma petite province, et je me demande comment nous allons faire pour évoluer au rythme de la recherche. Comment les écoles de médecine réagiront-elles? Comment allons-nous assurer le recyclage? J'ai l'impression qu'on devra actualiser les connaissances de toutes les personnes mêlées à la prestation de soins de santé.

I am not sure if applied practical research has to go into that. Will current medical practitioners be overwhelmed by this? Will they be able to absorb it? How will we educate not only those in the medical and nursing schools but the army of other people currently working in the field?

**Dr. Bernstein:** You are all identifying a challenge, and it is a real one. The professional bodies, such as the Royal College of Physicians and the Canadian Nursing Association, are well aware of this avalanche of new information. There needs to be ongoing continuing medical and health education for health professionals. That is one reason I made the comment in my closing remarks that in order to have an innovative and leading-edge health care system we need leading-edge health research enterprises. It is these people who are at the front lines who can do that ongoing medical education and dissemination of new knowledge.

If CIHR were to disappear tomorrow, if Canada were to decide that we do not need to do health research because we are a small country and we can import it from the United States or Europe, we would immediately lose all our researchers, including those people in the health care system. They are the people who are the nodes, the centres of immediate new knowledge. They can talk to their colleagues and say, "There is a better way of doing this, that or the other thing." We would lose that immediately. That would be one huge negative impact of not having a vibrant health research enterprise in Canada.

**Senator Robertson:** I applaud the research. I agree that we need as much as possible. The more money we can direct at research, the better off we will be. However, let us go back a few years. Do you know the name of the first ulcer pill? I cannot think of its name right now. Do you remember how upset the surgeons first were when ulcer patients began to be treated by drug therapy rather than by surgical methods? The surgeons practically ran those allies of drug therapy out of the hospitals. Our most difficult challenge may be to change the perception and the practices of some people in the health care system.

**Dr. Bernstein:** I agree with you. My closing comment is that there is a culture of research. Research always questions. If there is a culture of research that permeates the health care system, it makes it easier to innovate within the health care system.

**Senator Cohen:** Senator Robertson and Dr. Bernstein referred to our little province of New Brunswick. In looking at your scientific directors in the institute, I notice that the Atlantic region is not represented there at all. There are illnesses that are unique to our area. I know that the Alzheimer's Society is studying a family in the St. John River Valley that has had generational cases of Alzheimer's; asthma is another area.

Je me demande si la recherche appliquée doit s'engager dans cette voie. Les professionnels de la santé ne risquent-ils pas d'être débordés? Seront-ils en mesure de tout absorber? Comment allons-nous former non pas seulement les étudiants des écoles de médecine et de nursing, mais aussi la légion d'autres personnes qui travaillent dans le domaine?

**Dr. Bernstein:** Vous définissez tous des défis, et celui-là en est un de taille. Les organismes professionnels comme le Collège royal des médecins et l'Association des infirmières du Canada sont parfaitement au courant de ce déluge d'informations nouvelles. On doit impérativement assurer la formation médicale et sanitaire permanente des professionnels de la santé. C'est pourquoi, dans mes propos de clôture, j'ai déclaré que, pour avoir un système de soins de santé novateurs et à la fine pointe de la technologie, nous avons besoin d'entreprises de recherche sur la santé de pointe. Or, ce sont les personnes qui travaillent sur le terrain qui peuvent assurer l'éducation médicale permanente et la diffusion des nouvelles connaissances.

Si les IRSC devaient disparaître aujourd'hui et que le Canada décidait que nous n'avons pas besoin d'effectuer des recherches sur la santé, parce que nous sommes un petit pays et que nous pouvons importer des recherches des États-Unis ou d'Europe, nous perdriions immédiatement tous nos chercheurs, y compris ceux qui travaillent dans le système de soins de santé. Or, ce sont ces personnes qui sont au cœur des connaissances nouvelles immédiates. Elles peuvent dire à leurs collègues: «Il y a une meilleure façon de faire ceci ou cela.» Cet aspect sera immédiatement perdu. Cette situation aurait un impact négatif colossal, c'est-à-dire priver le Canada d'un secteur de la recherche sur la santé dynamique.

**Le sénateur Robertson:** Je loue la recherche. Je suis d'accord pour dire que nous devons effectuer le plus de recherche possible. Plus nous pouvons y consacrer d'argent, mieux nous nous porterons. Cependant, j'aimerais que nous revenions quelques années en arrière. Connaissez-vous le nom de la première pilule utilisée pour le traitement des ulcères? Pour ma part, il ne me vient pas immédiatement à l'esprit. Vous rappelez-vous de la colère des chirurgiens lorsqu'on a commencé à traiter les patients au moyen de la pharmacothérapie plutôt que de méthode chirurgicale? Les chirurgiens ont pratiquement fait chasser des hôpitaux les partisans de la pharmacothérapie. L'un des défis les plus difficiles auxquels nous serons confrontés consistera peut-être à modifier la perception et les pratiques de certaines personnes qui travaillent dans le système de soins de santé.

**Dr. Bernstein:** Je suis d'accord avec vous. En conclusion, j'ai dit qu'il existe une culture de la recherche. La recherche soulève toujours des questions. Si la culture de la recherche est omniprésente dans le système de soins de santé, l'innovation y sera plus facile.

**Le sénateur Cohen:** Le sénateur Robertson et le Dr. Bernstein ont fait allusion à notre petite province, c'est-à-dire le Nouveau-Brunswick. À l'examen de la liste des directeurs scientifiques de l'organisme, je constate que la région de l'Atlantique n'est pas du tout représentée. Or, il y a des maladies propres à notre région. Je sais que la Société Alzheimer étudie le cas d'une famille de la vallée de la rivière Saint-Jean, dans laquelle on recense des cas de



How are you getting your information on the Atlantic provinces? Is there an advisory board with respect to the Atlantic region? Do we not have people who would be capable of serving in this area?

**Dr. Bernstein:** I absolutely agree with you. It is important, based on the arguments that I have been giving to you, that CIHR be represented right across this country, and it is. You are right, there are no scientific directors from the Maritimes, but the advisory boards have strong representation from all regions, including the Maritimes.

Mavis Hurley, from New Brunswick, is on governing council; Alastair Cribb, from Prince Edward Island, is on governing council; Nuala Kenny, from Nova Scotia, is on governing council. It is important to note that we are funding a significant amount of research in the Maritimes. We have just made a \$3 million investment into Maritime safety — health research, broadly defined.

I have appointed Dr. Renée Lyons, from Dalhousie, as my special adviser on the delivery and continuity of rural and remote health issues, which is obviously a unique problem for Canada.

As well, I have encouraged the research community in the Maritimes to get together and determine how they can best take advantage of the federal funding through CIHR. I was in P.E.I. in January and attended a meeting of the nascent health research institute. I have actually given a bit of money for researchers from the four Maritime provinces to meet and form an eastern Canadian health research institute that will facilitate them being nationally competitive and take advantage of funding from CIHR.

**Senator Cohen:** I am glad to hear that. My case rests at the moment.

What is the future of the Maritime Centre of Excellence for Women's Health in the Atlantic region at this point?

**Dr. Bernstein:** You would have to ask Health Canada. That is outside my area of immediate purview. Senator Morin might know, but I am not sure.

**Senator Morin:** Dr. Bernstein, as you stated earlier, CIHR is the only organization that is devoted to the full spectrum of health research in the country.

On the basis of what is being done in other countries, and from your own experience, what should be the budget of CIHR in relation to the total health care cost in the country of \$80 billion? What percentage should we aim for, in view of the increasing importance of research, as you stated earlier?

maladie d'Alzheimer transmise de génération en génération. On ne doit pas oublier non plus l'asthme.

Comment obtenez-vous de l'information sur les provinces de l'Atlantique? Y a-t-il un conseil consultatif pour la région? N'y a-t-il pas chez nous des personnes en mesure d'apporter une contribution dans ce secteur?

**Dr Bernstein:** Je suis parfaitement d'accord avec vous. À la lumière des arguments que je vous ai présentés, il importe que les IRSC soient représentés aux quatre coins du pays, ce qui est le cas. Vous avez raison, il n'y a pas de directeurs scientifiques en provenance des Maritimes, mais les conseils consultatifs représentent bien toutes les régions, y compris les Maritimes.

Mavis Hurley, du Nouveau-Brunswick, siège au conseil d'administration. Alastair Cribb, de l'Île-du-Prince-Édouard, siège au conseil d'administration; Nuala Kenny, de la Nouvelle-Écosse, siège au conseil d'administration. Il importe de remarquer que nous finançons un grand nombre de recherches dans les Maritimes. Sans trop entrer dans les détails, je précise que nous venons tout juste d'investir 3 millions de dollars dans la recherche sur la santé et la sécurité dans les Maritimes.

J'ai fait de la Dre Renée Lyons, de l'Université Dalhousie, ma conseillère spéciale pour la prestation et la continuité des soins de santé dans les régions rurales et éloignées, ce qui, de toute évidence, représente un problème unique pour le Canada.

De la même façon, j'ai encouragé les membres de la communauté des chercheurs des Maritimes à se réunir et à déterminer les meilleurs moyens de tirer profit des fonds fédéraux accessibles par l'entremise des IRSC. En janvier, je me suis rendu à l'Île-du-Prince-Édouard pour assister à une réunion de l'institut de recherche en santé naissant. J'ai même donné un peu d'argent aux chercheurs des quatre provinces des Maritimes pour qu'ils se réunissent et forment un institut de recherche en santé canadien dans l'Est, grâce auquel ils seront mieux en mesure de soutenir la concurrence nationale et de tirer profit des fonds offerts par les IRSC.

**Le sénateur Cohen:** Je suis heureuse de l'entendre. Je vais en rester là pour le moment.

Au moment où nous nous parlons, quel est l'avenir du Centre d'excellence pour la santé des femmes des Maritimes dans la région de l'Atlantique?

**Dr Bernstein:** Vous devrez poser la question à Santé Canada. Cette question ne fait pas partie de mes attributions immédiates. Le sénateur Morin est peut-être au courant, mais je n'en suis pas certain.

**Le sénateur Morin:** Docteur Bernstein, Comme vous l'avez mentionné plus tôt, les IRSC sont le seul organisme voué à l'éventail complet des recherches en santé au pays.

À la lumière de ce qu'on fait dans d'autres pays et de votre propre expérience, quel devrait être le budget des IRSC par rapport au coût total des soins de santé au pays, soit 80 milliards de dollars? Quel pourcentage devrions-nous viser, au vu de l'importance de plus en plus grande que revêt la recherche, ainsi que vous l'avez indiqué plus tôt?



**Dr. Bernstein:** Let me try to answer in two ways. I said in my presentation that health care is Canada's largest knowledge-based industry. If I were a CEO of Health Canada Inc. and said that we are going to double our spending to 1 per cent of our total budget on research, you would fire me if you were on the board. You would say that 1 per cent is ridiculously low for a knowledge-based industry. Despite Nortel's problems, Nortel and all the high-tech companies down the road here in Ottawa spend between 20 per cent and 40 per cent of their revenues on research. How else can they be at the leading edge?

At the moment we spend through CIHR, as a country, about 0.5 per cent on health research. In round numbers — and I am rounding up — we will receive about \$500 million this year for CIHR, which is a significant increase from what it was. Our health care budget in total for the country is approximately \$100 billion, so \$500 million is approximately 0.5 per cent.

My own judgment — in terms of the broad mandate that you gave us a year ago, in terms of international benchmarks in other countries and the capacity in this country to do the research, is that we should grow over the next three to five years to that 1 per cent level, which would be a doubling of where we are now. Others would argue that is too modest, that we should be above that. My number would be \$1 billion, which would be approximately 1 per cent of today's dollars spent on the whole health care system.

**Senator Fairbairn:** What a tremendously upbeat presentation; it has been a delight to hear. I have listened to your emphasis on the fact that health care is the largest knowledge-based industry, and you have focussed quite properly on efforts to democratize this knowledge, use the new technology to get it out, have the Institute of Health Services and Policy Research reaching out to disseminate as best they can into communities and services that actually deal with people.

My question goes to the issue of the ability to understand the knowledge that you are hoping to pass down through practitioners, and that leads me to the question of the millions of people in Canada who are at risk because of their low literacy skills, their inability to comprehend at a certain level of information. We will hear from Scott Murray from Statistics Canada on this issue as it pertains to older Canadians.

Generally, most people experience some difficulty trying to understand instructions from medical practitioners, reading and understanding prescriptions, formulas for kids, all those kinds of things. Is the institute involved in any manner with literacy issues, with reaching out and assisting those who most need help in the area? Are you factoring this into any of your considerations?

**Dr. Bernstein:** Je vais tenter de répondre à votre question de deux manières. Dans mon exposé, j'ai indiqué que les soins de santé représentent la plus importante industrie du savoir au Canada. Si j'étais le PDG de Santé Canada Inc. et que je vous disais que nous allons doubler nos dépenses de façon à consacrer 1 p. 100 de notre budget total à la recherche, vous me congédieriez sur-le-champ, du moins si vous faisiez partie du conseil d'administration. Vous me diriez qu'une proportion de 1 p. 100 est ridicule pour une industrie du savoir. Malgré les problèmes qu'elle éprouve, la société Nortel et toutes les entreprises de haute technologie du pays consacrent de 20 à 40 p. 100 de leurs revenus à la recherche. Quel autre moyen y a-t-il de demeurer à la fine pointe de la technologie?

À l'heure actuelle, notre pays, par l'entremise des IRSC, consacre à la recherche en santé environ 0,5 p. 100 de son budget. En gros — et j'arrondis —, les IRSC disposent cette année d'environ 500 millions de dollars, ce qui représente une augmentation considérable par rapport à la situation antérieure. Au pays, le budget total des soins de santé s'élève à environ 100 milliards de dollars. Il s'agit donc d'une somme correspondant à à peu près 0,5 p. 100.

Compte tenu du vaste mandat que vous nous avez confié il y a un an, des points de comparaison internationaux observés dans d'autres pays et de la capacité du pays d'effectuer des recherches, je pense que, au cours des trois à cinq prochaines années, le budget devrait croître pour atteindre le niveau de 1 p. 100, ce qui serait deux fois plus qu'aujourd'hui. D'autres diront que le pourcentage est trop modeste et que nous devrions faire davantage. Pour ma part, je dirais un milliard de dollars, ce qui correspondrait à environ 1 p. 100 de la somme que nous consacrons aujourd'hui à l'ensemble du système de soins de santé.

**Le sénateur Fairbairn:** Quel exposé remarquablement dynamique! Vous écouter était un plaisir. Vous avez souligné que les soins de santé constituent la plus importante industrie du savoir, ce détail ne m'a pas échappé. Avec beaucoup d'à propos, vous avez souligné les efforts déployés pour démocratiser cette connaissance, utiliser la nouvelle technologie pour la diffuser et obtenir que l'Institut des services et des politiques de la santé mette tout en oeuvre pour les faire passer aux collectivités et aux services qui traitent avec les patients.

Ma question porte sur la capacité de comprendre les connaissances que vous entendez transmettre par l'entremise des praticiens, ce qui soulève le problème des millions de Canadiens qui sont à risque en raison de leur faible capacité de lecture et d'écriture et de leur incapacité de comprendre de l'information à un certain niveau. À ce propos, nous allons entendre Scott Murray, de Statistique Canada, relativement aux aînés du Canada.

En règle générale, la plupart des gens éprouvent une certaine difficulté à comprendre les directives des médecins, à lire et à comprendre les ordonnances, le mode d'emploi pour la préparation du lait maternisé, etc. L'Institut s'intéresse-t-il aux questions liées à l'alphabétisation? Vient-il en aide et tend-il la main aux personnes dont les besoins dans ce domaine sont les plus grands? Tenez-vous compte de ce phénomène dans vos réflexions?

**Dr. Bernstein:** That is a good point. We are not funding literacy issues directly. It is interesting that one of my first trips as president was last June to UBC in Vancouver. I happened to meet there a professor of English who was interested in health. I asked her what her specific interest was. It was exactly around these areas, about language as metaphor in the health care system, about the issues of telling an individual that he or she has cancer, about the fact that first-generation Canadians and their families will receive the information in one way, whereas fifth-generation Canadians will receive it in another.

I became very interested in exactly this issue. We are funding her to do some work with clinicians on how they interact with families and patients who are affected by the news that they have cancer or some other serious disease.

With regard to how we reach "ordinary Canadians," Canadians are very quickly getting up to speed on using the Web. They are very interested in it as a portal to the world's knowledge. As one way of reaching out to the country, we are developing a research portal concept. There will be one Web site for all Canadians, be they researchers, caregivers or professionals in the health care system. The site will be called "Research Net." It will contain information for everyone, from students in grade 6 doing a science project on health, to health professionals learning the very latest in the field, to researchers who want to know how to apply to us for money, to policy makers across the country who are interested in the latest evidence-based decision-making issues with which they must deal.

There will be subportals within that one portal. My information technology people are working hard, in partnership with the other federal granting councils, the health charities, the provinces and the government online initiative, to realize this over the next 12 months.

We are leading this discussion and I am very excited about this as an innovative way of reaching out to Canadians.

**Senator Fairbairn:** Last year, the Public Health Association of Canada, for the first time ever, chose to have its annual cross-country conference on the issue of literacy and health. I leave that with you because this affects about 8 million people in our country. Over 40 per cent of our adults have these problems. It is a side issue to what you are doing. I am just waving the flag and hoping that at some time a special focus could be put on this.

**Dr. Bernstein:** Vous soulevez un point intéressant. Nous ne subventionnons pas directement de programme d'alphabétisation. En juin dernier, je me suis rendu à l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver. C'est un des premiers voyages que j'ai effectués à titre de président. Il se trouve que j'y ai fait la connaissance d'un professeur d'anglais intéressée par la santé. Je lui ai demandé ce qui la passionnait en particulier. C'était précisément ces questions, c'est-à-dire les métaphores utilisées dans le système de soins de santé, la manière d'apprendre à une personne qu'elle est atteinte du cancer, le fait que les Canadiens de la première génération et leur famille recevront l'information d'une façon, tandis que ceux de la cinquième génération la recevront autrement.

Je me suis pris d'un vif intérêt pour cette question. Nous lui avons accordé une subvention pour lui permettre d'étudier les interactions des cliniciens avec les patients qui apprennent qu'ils sont atteints du cancer ou d'une autre maladie grave de même qu'avec les membres de leur famille.

En ce qui concerne la façon dont nous nous adressons aux «Canadiens ordinaires», ces derniers sont très rapidement en voie de se familiariser avec l'utilisation du Web. Ils s'intéressent vivement à ce portail qui donne accès à la connaissance aux quatre coins du monde. Pour joindre les Canadiens, nous nous affairons à la mise au point d'un concept de portail de recherche. On constituera un site Web pour l'ensemble des Canadiens, qu'il s'agisse de chercheurs, de soignants ou de professionnels de la santé. Le site s'appellera «Recherche Canada». On y trouvera des renseignements pour tous, qu'il s'agisse des élèves de sixième année qui préparent un projet scientifique sur la santé, des professionnels de la santé au fait des percées les plus récentes dans le domaine, des chercheurs qui souhaitent savoir comment s'y prendre pour présenter une demande de subvention ou des décideurs des quatre coins du pays qui s'intéressent aux questions relatives à la prise de décisions fondée sur des données auxquelles ils sont confrontés.

À l'intérieur de ce portail, il y aura des sous-portails. Les spécialistes de la technologie de l'information travaillent d'arrache-pied, en partenariat avec les autres conseils subventionnaires fédéraux, les organismes de bienfaisance qui oeuvrent dans le domaine de la santé, les provinces et l'initiative Gouvernement en direct. On entend ainsi mener le projet à bien d'ici 12 mois.

Nous dirigeons les pourparlers, et je suis emballé par ce mode novateur de communication avec les Canadiens.

**Le sénateur Fairbairn:** L'année dernière, l'Association canadienne de santé publique a, pour la première fois de son histoire, choisi de tenir sa conférence nationale annuelle sur la question de l'alphabétisation et de la santé. Je vous laisse sur cette question, qui touche huit millions de personnes au pays. Plus de 40 p. 100 des adultes sont touchés par ces problèmes. Il s'agit d'une question qui touche votre action. Je tenais simplement à attirer votre attention sur le problème, dans l'espoir que, un jour ou l'autre, on pourra s'y intéresser de façon particulière.



**Senator Graham:** Thank you and welcome. In your presentation, you talk about the future. You say that the \$110 increase in funding for fiscal 2001 and 2002 represents significant support for health research in Canada, bringing the federal government's total investment in CIHR to \$477 million, or approximately .5 per cent of Canada's total health care budget.

You go on to say that international benchmarks suggest that a minimum of 1 per cent of a country's health care budget is essential to maintain a vibrant, innovative and leading edge health research enterprise.

I recall meeting with the president of what was then the medical research council prior to the health budget, as it became known. After the presentation of the budget, I asked him his impression of it and he said it was stunning. In spite of his term "stunning," are we still only halfway there?

**Dr. Bernstein:** The trend line is in the right direction. With that \$110 million increase this year, our budget has almost doubled over that of the old Medical Research Council, and that is in a short three years. That is a huge recognition by the Government of Canada of two things: the importance of health research and the shortfall in the budget of the old NRC.

The trend line is in the right direction, although we still have significant room to grow over the next five years.

**Senator Graham:** Can you give us an example of countries that are at 1 per cent?

**Dr. Bernstein:** I can give you dollar amounts but not percentages. This year, the National Institutes of Health in the U.S. received a 14 or 18 per cent increase in their budget, to approximately \$18 billion U.S. Therefore, they are currently four-fold to six-fold per capita above where we are. The U.S. spends more per capita on health care than does Canada, so one can safely assume that that is about 1.5 to 2 per cent of their health care budget.

With regard to U.K., it is about 2 per cent of their health care budget. They have legislation that requires that, within the National Health Service, 1 per cent is spent on research. However, they actually spend more than that on research.

**Senator Graham:** I want to talk for a moment about cooperating with the private sector. You illustrated an example where you are investing \$2.5 million with one pharmaceutical company for some particular research. How widespread is that cooperation between CIHR and the pharmaceutical companies?

**Le sénateur Graham:** Je vous remercie. J'en profite pour souhaiter la bienvenue au témoin. Dans votre exposé, vous avez parlé de l'avenir. Vous nous avez dit que la majoration de 110 millions de dollars du budget pour les exercices 2001 et 2002 représente un appui majeur pour la communauté de la recherche en santé du Canada. L'investissement total du gouvernement fédéral dans les IRSC s'élevant à 477 millions de dollars, soit environ 0,5 p. 100 du budget total des soins de santé au Canada.

Vous avez ajouté que, à la lumière de points de comparaison internationaux, on devrait investir au moins 1 p. 100 du budget total des soins de santé au pays pour préserver une entreprise de recherche en santé dynamique, novatrice et à la fine pointe de la technologie.

Avant la présentation du budget de la santé, ainsi qu'on le désigne désormais, je me rappelle avoir rencontré le président de ce qu'on appelait alors le Conseil de recherches médicales. Après la présentation du budget, je lui ai demandé ses impressions, et il m'a répondu que le résultat était renversant. Ne sommes-nous encore qu'à mi-chemin, malgré cette utilisation du mot «renversant»?

**Dr. Bernstein:** La ligne de tendance va dans la bonne direction. Avec la majoration de 100 millions de dollars pour cette année, notre budget a presque doublé par rapport à celui de l'ancien conseil de recherches médicales, le tout sur une brève période de trois ans. De la part du gouvernement du Canada, il s'agit d'une formidable reconnaissance de deux faits: l'importance de la recherche en santé et l'insuffisance du budget de l'ancien CRM.

La ligne de tendance va dans la bonne direction, même s'il y aura toujours place à une croissance considérable au cours des cinq prochaines années.

**Le sénateur Graham:** Pouvez-vous nous donner des exemples de pays qui en sont à 1 p. 100?

**Dr. Bernstein:** Je puis vous citer des montants, mais pas des pourcentages. Cette année, les National Institutes of Health des États-Unis ont vu leur budget augmenter de 14 ou de 18 p. 100 pour s'établir à environ 18 milliards de dollars US. Par conséquent, les dépenses par habitant sont aujourd'hui de 4 à 6 fois supérieures à ce qu'elles sont au Canada. Aux États-Unis, les dépenses par habitant au titre des soins de santé sont supérieures à ce qu'elles sont au Canada. On peut donc affirmer sans trop de crainte de se tromper que le pays consacre à la recherche de 1,5 à 2 p. 100 du budget total des soins de santé.

Au Royaume-Uni, on en est à environ 2 p. 100 du budget total des soins de santé. Il y a une loi qui oblige le National Health Service à consacrer 1 p. 100 de son budget à la recherche. Cependant, on y consacre davantage.

**Le sénateur Graham:** Je voulais dire un mot de la coopération avec le secteur privé. Vous avez cité le cas d'un projet de recherche que vous menez en collaboration avec une société pharmaceutique et dans lequel vous investissez 2,5 millions de dollars. Quelle est l'importance de la coopération entre les IRSC et les sociétés pharmaceutiques?



**Dr. Bernstein:** I would say that roughly 3 per cent of our programs are in partnership with pharmaceutical companies. In clinical trials, for example, it would be illogical not to partner because the pharmaceutical companies have so much to add, not only financially but with access to the latest drugs, et cetera. We also partner with them in training young people, particularly young clinicians in research. They provide some of the salary support in partnership with us to train young people.

**Senator Graham:** Do you partner with institutes in the United States in your research?

**Dr. Bernstein:** Health and health research is not a Canadian problem; it is an international issue. There is great international interest in the CIHR structure, model and vision. We have been visited by the Netherlands. I have been invited to Australia to talk about CIHR. Our scientific directors have been to the National Institutes of Health to talk about partnering in the North American free trade area on cardiovascular and cancer research, and that area will broaden over time. I visited the U.K. two months ago to talk about a joint initiative with the Medical Research Council there around various projects, although we have not yet finalized what they will be.

Yes, there will increasingly be international partnerships in health research between Canada and other countries.

**Senator Graham:** In response to what I think is a justifiable concern expressed by Senator Cohen with respect to representation from the Atlantic area of our country, you said that you were encouraging the scientific community in Atlantic Canada to get together. Does that suggest that they are not currently cooperating as best they should to take advantage of money that might be available for scientific research?

**Dr. Bernstein:** No, I do not mean to suggest that at all. An issue in Canada as a whole is our geography. Science research is all about critical mass and having lots of other researchers around you. The public image of researchers going into a lab and coming out every 10 years to talk to someone is entirely wrong. Research is all about meeting other researchers, talking about what is new and being stimulated by your colleagues. In many regions in this country, including Atlantic Canada, it is hard to get a critical mass because of the population structure and base. Therefore, I have given a little bit of money to help people get together.

In response to Senator Cohen's question, I did not mention that we have a regional partnership program for which only the Maritime provinces and Saskatchewan are eligible. We have put up \$1 million or \$2 million, and we expect the provinces to match

**Dr. Bernstein:** Je dirais que, en gros, 5 p. 100 de nos programmes sont menés en partenariat avec des sociétés pharmaceutiques. Dans le domaine des essais cliniques, par exemple, il serait insensé de ne pas établir de partenariat, car les sociétés pharmaceutiques ont tant de choses à apporter à la table sur le plan non seulement du financement, mais aussi de l'accès aux médicaments les plus récents, etc. Nous nous associons également avec ces entreprises pour assurer la formation des jeunes, en particulier les jeunes cliniciens-chercheurs. Pour former des jeunes, elles assument une partie des coûts salariaux, en partenariats avec nous.

**Le sénateur Graham:** Dans le cadre de vos recherches, établissez-vous des partenariats avec des instituts des États-Unis?

**Dr. Bernstein:** La santé et la recherche dans le domaine de la santé ne sont pas des problèmes propres au Canada. Il s'agit plutôt d'un enjeu international. La structure, le modèle et la vision des IRSC suscitent beaucoup d'intérêt sur la scène internationale. Nous avons accueilli des visiteurs des Pays-bas. J'ai été invité à me rendre en Australie pour parler des IRSC. Nos directeurs scientifiques ont rendu visite aux National Institutes of Health pour discuter de l'établissement de partenariats dans la zone de libre-échange nord-américaine dans le domaine de la recherche sur le cancer et les maladies cardio-vasculaires, et les champs de collaboration s'élargiront au fil des ans. Il y a deux mois, je me suis rendu au Royaume-Uni pour discuter d'une initiative conjointe avec le Medical Research Council de ce pays, relativement à divers projets, même si rien de définitif n'a encore été arrêté.

Oui, le Canada et d'autres pays concluront de plus en plus de partenariats internationaux dans le domaine de la recherche sur la santé.

**Le sénateur Graham:** En réponse à ce qui m'est apparu comme la préoccupation tout à fait justifiée du sénateur Cohen relativement à la représentation de la région de l'Atlantique de notre pays, vous avez affirmé et encouragé les scientifiques de la région à se regrouper. Faut-il comprendre qu'ils ne coopèrent plus aussi bien qu'ils le devraient pour tirer profit des sommes disponibles aux fins de la recherche scientifique?

**Dr. Bernstein:** Non, ce n'est pas du tout ce que je voulais laisser entendre. Dans l'ensemble du Canada, la géographie pose un problème. Pour effectuer de la recherche scientifique, on doit constituer une masse critique et s'entourer d'un grand nombre de chercheurs. L'image publique qu'on se fait des chercheurs qui entrent dans un laboratoire et en ressortent tous les dix ans pour adresser la parole à quelqu'un est tout à fait fautive. Faire de la recherche, c'est rencontrer d'autres chercheurs, parler des nouveautés et se laisser stimuler par des collègues. Dans de nombreuses régions du pays, y compris celle de l'Atlantique, il est difficile de constituer une masse critique en raison de la structure et de l'assise démographiques. J'ai donc octroyé un peu d'argent pour aider les intéressés à se réunir.

En réponse à la question du sénateur Cohen, j'ai oublié de dire que nous avons mis sur pied un programme de partenariat régional auquel seule la Saskatchewan et les provinces des Maritimes sont admissibles. Nous y avons investi un ou deux

that, to specifically stimulate health research in those five provinces. There has been great uptake of that money by both the Maritime provinces and Saskatchewan. That is separate from our national competition. Only those five provinces are eligible for that money.

**Senator Graham:** When I was in cabinet, I met with many people in the Atlantic provinces and here in Ottawa who said that there was room for greater cooperation in the scientific community among our institutes of higher learning in Atlantic Canada.

**Dr. Bernstein:** There is always room for more cooperation. I do not think at all that Atlantic Canada should be singled out in a critical sense for that. I would say that the mood in this country has changed a lot in the last few years towards more cooperation, and the recognition that we need, not just Dalhousie talking to Memorial, et cetera, but to have biomedical people talking to clinical people and health services people. The creation of CIHR has served to be a major catalyst for all of that.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Bernstein. We are pleased to get your update. We should do this on an annual basis so we know where you are going.

**Dr. Bernstein:** It would be my pleasure.

**The Chairman:** In order not to lose sight of a point we talked about earlier, once the Institute of Health Services and Policy Research has its strategic plan — and I would also argue once the Institute of Population and Public Health has its strategic plan — we would like to hear about that.

Our next witness is Kimberly Elmslie, the Acting Executive Director of the Health Research Secretariat in Health Canada.

Before Ms Elmslie begins her presentation, I wish to say, in response to Senator Graham's question about where Canada stands, that in a document circulated by our staff there is an interesting table on page 8, which compares health care spending by country. It is interesting, in that generally Canada is sixth on various per capita data kinds of numbers. I am not surprised that we are behind the U.S. I am rather surprised that we are behind France and Australian. That is counter-intuitive to me, and wrong. The data is right. I do not like the result.

Ms Elmslie, thank you for attending here. I know you arrived during the previous discussion, so you know what Dr. Bernstein had to say to us. I would ask you to review the highlights of your brief, and then honourable senators will ask you some questions.

millions de dollars, et nous nous attendons à ce que les provinces concernées versent des fonds de contrepartie, la démarche visant précisément à stimuler la recherche sur la santé dans ces cinq provinces. Les provinces des Maritimes et la Saskatchewan se sont prévaluées d'une bonne part de ces fonds, lesquels sont octroyés en marge de nos concours nationaux. Seules les cinq provinces en question y sont admissibles.

**Le sénateur Graham:** À l'époque où je faisais partie du Cabinet, j'ai rencontré de nombreuses personnes, dans les provinces de l'Atlantique et ici même, à Ottawa, qui ont affirmé qu'il y avait place à beaucoup plus de coopération entre les membres de la communauté scientifique qui travaillent dans les instituts d'enseignement supérieur de la région de l'Atlantique.

**Dr Bernstein:** Il y a toujours place à plus de coopération. Je ne crois pas qu'on serait fondé à adresser des reproches à la région de l'Atlantique à ce propos. Je vous dirai que l'humeur du pays a beaucoup changé à ce sujet au cours des dernières années. On est conscient de la nécessité de coopérer, et on comprend qu'il faut non seulement que les chercheurs de l'Université Dalhousie parlent à ceux de l'Université Memorial, et ainsi de suite, mais aussi que les spécialistes de la recherche biomédicale discutent avec les cliniciens et les fournisseurs des services de santé. La création des IRSC a beaucoup fait pour favoriser de tels échanges.

**Le président:** Je vous remercie, docteur Bernstein. Nous sommes heureux de votre mise à jour. Nous devrions nous livrer au même exercice tous les ans, histoire de faire le point.

**Dr Bernstein:** Ce sera avec plaisir.

**Le président:** Pour ne pas perdre de vue ce que nous avons dit plus tôt, je rappelle que nous aimerions entendre l'Institut des services et des politiques de la santé, dès qu'il aura arrêté son plan stratégique — et aussi, me semble-t-il, l'Institut de la santé publique et des populations, aussitôt qu'il aura mené à bien la même tâche.

Nous allons maintenant entendre Kimberly Elmslie, directrice exécutive par intérim, Secrétariat de recherche en santé, à Santé Canada.

Avant que Mme Elmslie ne prenne la parole, je tiens à préciser, en réponse à la question posée par le sénateur Graham sur la position du Canada, que, dans un document qu'a fait circuler notre personnel, on trouve, à la page 8, un document intéressant dans lequel on compare les dépenses liées aux soins de santé par pays. Il est intéressant dans la mesure où le Canada, de façon générale, vient au sixième rang dans diverses catégories de dépenses par habitant. Je ne suis pas surpris de constater que nous nous trouvons derrière les États-Unis. Cependant, je suis plutôt étonné de voir que nous nous trouvons derrière la France et l'Australie. J'aurais pensé le contraire, et c'est à mes yeux inacceptable. Les données sont exactes. C'est le résultat qui me déplaît.

Madame Elmslie, je vous remercie d'être parmi nous aujourd'hui. Je sais que vous êtes arrivée pendant la discussion précédente. Vous êtes donc au courant de ce que le Dr Bernstein avait à nous dire. Je vais vous demander de passer en revue les points saillants de votre mémoire, puis les honorables sénateurs vous poseront quelques questions.



**Ms Kimberly Elmslie, Acting Executive Director, Health Research Secretariat, Health Canada:** Honourable senators, I am delighted to be here. This is an important opportunity for me, and I am also happy to be following on Dr. Bernstein's presentation. There will be some similarities in the things we have to say. I will talk about some things that I have learned from my experience in the research field and from working in a federal health department with provincial and territorial colleagues, issues related to health care and the health care research system and observations that may again reinforce some of the comments that I heard senators make around the table earlier.

Let me start by giving you a bit of the landscape. We have, in the federal government, a multifaceted role in health research and in health care research, and more and more are getting involved in facilitating efforts to influence priorities, to bring more precision to discussions about what our health care research priorities should be. We are highly involved in undertaking research ourselves in areas that are directly related to federal responsibilities in the areas I will point out, particularly of health protection and risk management.

I am sure Dr. Bernstein has talked to you at great length about the funding of extramural health research and related science in engineering research, and the new and improved ways that we are striving to move health research forward in this country. I will not go into the details around that.

I wish to talk about other organizations that in this country will be essential to moving the results of research into the eyes and ears of the Canadian public, to policy makers and to those in the health system who need to have information on a regular basis.

We all know how inundated we are with information. Thus, there are specific challenges to us regarding organizations like the Canadian Health Services Research Foundation — a federally funded organization dedicated to engaging in research that looks at the health system specifically. Our challenge is to bring the results of that research into the policy processes and into the dialogues that Canadians are having at various levels about research.

One of the take-away messages that I want to bring to your table today relates to investing in the transfer of research into decision-making processes, learning how to do that more effectively and really thinking about that in the context of the whole research process.

Organizations like CHSRF, the Canadian Health Services Research Foundation, are certainly common entities around the world these days. You only need to do a quick search of the Web to see that governments around the world are dedicating resources to the transfer process. It is no longer seen as the second cousin to the research process. We are seeing governments saying that they

**Mme Kimberly Elmslie, directrice exécutive par intérim, Secrétariat de recherche en santé, Santé Canada:** Honorables sénateurs, je suis ravie d'être ici. Il s'agit pour moi d'une occasion précieuse, et je suis heureuse de prendre la parole à la suite du Dr Bernstein. Vous remarquerez certaines similitudes entre nos propos. Je vais parler de certaines des leçons que j'ai tirées de mon expérience dans le domaine de la recherche et de mon travail au sein du ministère fédéral de la Santé, en collaboration avec des collègues de ministères provinciaux et territoriaux, des enjeux relatifs aux soins de santé et du réseau de recherche sur les soins de santé. Je formulerai également des observations qui vont dans le sens de certains des commentaires faits par les sénateurs présents autour de la table.

Permettez-moi d'abord de planter le décor. Au gouvernement fédéral, nous jouons un rôle à multiples facettes dans la recherche en santé et dans la recherche sur les soins de santé. De plus en plus, nous nous efforçons de prendre part à la facilitation des efforts pour influencer sur les ordres de priorité et mieux cibler les discussions sur ce que devraient être nos priorités dans le domaine de la recherche sur les soins de santé. Nous effectuons nous-mêmes un grand nombre de recherches dans des domaines qui relèvent directement de la compétence du gouvernement fédéral dans des domaines que je signalerai, en particulier de la protection de la santé et la gestion des risques.

Je suis certaine que le Dr Bernstein vous a longuement entretenus du financement de la recherche extra-muros en santé et des données scientifiques connexes dans le domaine de la recherche en génie, sans parler des moyens nouveaux et améliorés que nous avons de faire avancer la recherche en santé au pays. Je n'entrerai pas dans les détails à ce sujet.

J'aimerais dire un mot d'autres organismes nationaux qui, au pays, joueront un rôle essentiel à la diffusion des résultats des projets de recherche auprès du grand public canadien, des décideurs et des professionnels du système de santé qui ont sans cesse besoin de ces informations.

Nous savons tous que nous sommes inondés d'information. Ainsi, des organismes comme la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé — organisme subventionné par le gouvernement fédéral et voué à la réalisation de recherches portant sur le système de santé en particulier — ont des défis particuliers à relever. Notre défi consiste à traduire les résultats de ces recherches et à les intégrer dans les mécanismes stratégiques aussi bien que dans les dialogues que les Canadiens ont à divers niveaux au sujet de la recherche.

L'un des messages que j'aimerais vous laisser aujourd'hui a trait à l'investissement dans le transfert de la recherche dans les processus décisionnels, au moyen de le faire de façon plus efficace et, en vérité, à l'intégration de cette question à tout le contexte de la recherche.

De nos jours, les organismes comme la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) abondent. Il suffit d'effectuer une recherche rapide sur le Web pour constater que les gouvernements du monde entier consacrent des ressources au processus de transfert, qu'on ne considère plus comme un cousin pauvre de la recherche. Des gouvernements affirment ne



are really not using research to its full potential. We have invested for a long time in the front end, and we are doing more in the front end, especially with the Canadian Institutes of Health Research now in the Canadian landscape. However, we must think about how to use that research most effectively to the benefit of Canadians.

Another organization that I would like to highlight is the Canadian Institute for Health Information, which is another important national entity that brings data into the decision-making process. The federal government has enhanced funding to that organization in the 1999 budget to really focus its efforts on reporting on the health of Canadians and the health of our health care system. We must ask ourselves about how we ensure that we are mobilizing research and directing it in a way that brings its benefits to Canadians and about how we know that our health care system is doing what it should do to improve health outcomes.

We have all been thinking a great deal about these questions over the past years, not only in the past two years when CIHR was in formation but for a long time. We know that the health care system is only one piece of a much larger puzzle, and we know that health is about much more than that. Studies have been coming to the fore that compellingly demonstrate the influence of the social and economic factors in our environment on the health status of our population.

No one research discipline can answer the fundamental question of why some people in our population are healthy and others are not. This speaks to and illustrates the absolute importance of the CIHR model of integration that brings together researchers from a multiplicity of disciplines and says, okay, here we have the problem. How do we understand better what are the main factors and the interactions between factors that result in positive and beneficial health outcomes in some groups of our population and absolutely appallingly negative health outcomes in other segments of our population? I am making reference here to our Aboriginal peoples and the circumstances in those populations that we need to understand in concert with Aboriginal communities, and not as researchers looking into Aboriginal communities.

Research is an important tool, but the tool is only as good as the use we make of it. Without investing in the transfer piece that one of the senators on this side of the table made reference to earlier, we are really missing the opportunity to be able to see positive outcomes in the health of the population.

What is at play? The list on the bottom of page 2 is not rocket science. We all know these things. They include the changing demographics of our population and patterns of disease. We know that infectious diseases are re-emerging. We can expect new infectious diseases to emerge in this century. Those who thought years ago that we had beaten the infectious disease challenge, of course, are realizing that they were sorely mistaken and that this is something that the population globally will be dealing with for centuries to come.

pas exploiter tout le potentiel de la recherche. Depuis longtemps, nous investissons au stade initial, en particulier auprès des Instituts de recherche en santé du Canada, qui font maintenant partie du tableau au Canada. Cependant, nous devons réfléchir à l'utilisation la plus efficace de la recherche au profit des Canadiens.

L'Institut canadien d'information sur la santé, importante entité nationale qui intègre des données au processus décisionnel, est un autre organisme que je tiens à mettre en lumière. Dans le budget de 1999, le gouvernement fédéral a augmenté les fonds versés à cet organisme de façon à cibler ses efforts sur l'établissement de rapports sur la santé des Canadiens et l'état de santé du système de soins de santé. Nous devons nous interroger sur les moyens de favoriser et d'orienter la recherche au profit des Canadiens de même que sur les moyens dont nous disposons pour établir si notre système de soins de santé fait le nécessaire pour améliorer les résultats cliniques.

Au cours des dernières années, nous avons beaucoup réfléchi à ces questions, non seulement au cours des deux dernières, ce qui correspond à la période de gestation des IRSC, mais depuis fort longtemps. Nous savons que le système de soins de santé n'est qu'un des éléments d'un casse-tête beaucoup plus grand et que la santé tient à beaucoup plus. On a réalisé des études qui montrent de façon convaincante l'influence des facteurs socio-économiques de notre environnement sur l'état de santé de la population.

Dans le domaine de la recherche, aucune discipline ne peut répondre à la question fondamentale suivante: pourquoi, dans la population, certains sont en santé, tandis que d'autres ne le sont pas. Voilà qui illustre et atteste l'importance absolue du modèle d'intégration des IRSC, qui réunit des chercheurs de multiples disciplines et permet de faire le point sur les problèmes auxquels nous sommes confrontés. Comment mieux comprendre les principaux facteurs et les interactions de ces facteurs qui produisent des résultats cliniques positifs et bénéfiques dans certains groupes de notre population et les résultats cliniques horriblement négatifs dans d'autres segments de la population? Ici, je fais explicitement référence aux Autochtones et à la situation de ces populations que nous devons tenter de comprendre de concert avec les communautés autochtones, et non à titre de chercheurs penchés sur les communautés autochtones.

La recherche est un outil important, mais l'outil ne vaut jamais plus que l'utilisation qu'on en fait. Sans investir dans le transfert de connaissances auquel un des sénateurs assis de ce côté-ci de la table a fait plus tôt référence, nous risquons de rater l'occasion qui nous est donnée de produire des résultats positifs sur la santé de la population.

Quels sont les enjeux? La liste qui figure au bas de la page 2 n'a rien de sorcier. Tout cela est connu. On y retrouve la composition changeante de notre population et la structure de la morbidité. Nous savons que des maladies infectieuses font leur réapparition. Nous nous attendons à ce que de nouvelles maladies infectieuses se déclarent au cours du présent siècle. Les personnes qui, il y a des années, croyaient fermement que nous allions surmonter le défi des maladies infectieuses comprennent bien entendu qu'elles s'étaient gravement trompées et qu'il s'agit d'un

We are seeing rapid advances in science and technology. They are very exciting. However, we cannot forget the social and ethical issues that they raise for us as a society and as a population. Research that moves us forward, for instance, in genetics and genomics, needs to be accompanied by a vigorous research agenda in the ethical and social aspects and implications of that research. The purpose of the agenda is not in any way to prevent bringing the benefits of that research to the population. Its purpose is to understand the impacts on what we value as a society and what we need to do to put the pieces together in a way that Canadians can understand and make informed choices concerning the options that become available to them.

Public expectations are on the rise. When I started working in the field of health about 20 years ago, my first job was in the area of HIV/AIDS. Any of you who have been in that area will have witnessed the explosion of information that patients were using to direct their own health care at that time. Many other areas were not experiencing that. I truly believe that it was HIV/AIDS that brought us forward in understanding that patients, consumers, work with their providers to decide on the best choices for them in terms of their health care. The public expects that. As we get a more knowledgeable public and as the information revolution continues and we obtain more knowledge on which to base our decisions, there will be an increasing demand for more information from the public and greater involvement in decision making.

Are we equipped as a society? Is our health system able to deal with that increasing demand? Probably not right now.

Rising costs and concerns about effectiveness in efficiency are not new phenomena, by any means, but clearly they have risen to the fore as we look at new pharmaceuticals coming on to the market.

I deal now with the drive to commercialize, which, again, is not in and of itself a negative thing at all. However, it needs to be within a framework that allows us to ask these questions: How does our system cope with this? What does it pay for? How do we decide?

Overarching issues around health care quality, the access to care, health outcomes and system affordability continue to be at the centre of the dialogue on health care. As a country, we need to think about the architecture, management and financing of the system. Again, these are words that are not new to anybody around this table. I put them out again because in the face of the new CIHR and its Institute of Health Services and Policy Research — and, in fact, all of its institutes — we need to be thinking about tying the outcomes of research to the system that

problème auquel la population mondiale sera confrontée au cours des siècles à venir.

Nous assistons à des progrès récents dans le domaine des sciences et de la technologie. À juste titre, ces progrès suscitent l'enthousiasme. Cependant, nous ne pouvons pas perdre de vue les enjeux sociaux et éthiques qu'ils soulèvent pour nous, à titre de société et de population. À titre d'exemple, la recherche qui nous fait avancer sur voie de la génétique et de la génomique doit s'accompagner d'un vigoureux programme de recherche sur les aspects éthiques et sociaux de même que sur les répercussions de la recherche en question. L'objet d'un tel programme n'est pas d'empêcher la population de bénéficier des avantages de la recherche. Il vise à déterminer les impacts sur ce que la société valorise et les mécanismes que nous devons réunir pour que les Canadiens soient en mesure de comprendre et d'effectuer des choix éclairés relativement aux options mises à leur disposition.

Les attentes du public sont à la hausse. Quand, il y a une vingtaine d'années, j'ai commencé à travailler dans le secteur de la santé, je me suis d'abord intéressé au VIH/sida. Ceux d'entre vous qui travailliez dans ce secteur avez été témoins du déluge d'information que les patients ont alors utilisée pour prendre leurs propres soins de santé en main. Dans d'autres secteurs, on n'observait pas le même phénomène. Je suis fermement convaincue que c'est le VIH/sida qui nous a amenés à comprendre que les patients et les clients doivent travailler avec les professionnels de la santé pour décider des soins qui leur conviennent le mieux. Le public compte là-dessus. Au fur et à mesure que les citoyens enrichissent leurs connaissances, que la réévaluation de l'information se poursuit et que nous obtenons de nouvelles connaissances sur lesquelles fonder nos décisions, le public exigera de plus en plus d'information et une participation plus grande au processus décisionnel.

À titre de société, disposons-nous du bagage nécessaire? Notre système de santé est-il en mesure de faire face à cette demande croissante? Au moment où nous nous parlons, probablement pas.

L'augmentation des coûts et des préoccupations relatives à l'efficacité et à l'efficience ne sont certes pas des phénomènes nouveaux, mais il est clair qu'ils sont passés à l'avant-plan au moment où nous sommes témoins de l'arrivée sur le marché de nouveaux produits pharmaceutiques.

Je m'intéresse désormais au processus de mise en marché qui, je le répète, n'a en soi rien de négatif. Cependant, cette mise en marché doit s'effectuer dans un cadre qui nous permette de poser les questions suivantes: comment notre système s'y adapte-t-il? Qui épongera la facture? Comment les décisions seront-elles prises?

De grandes questions sur la qualité des soins de santé, l'accès aux soins, les résultats cliniques et l'abordabilité du système demeurent au centre du dialogue sur les soins de santé. En tant que pays, nous devons réfléchir à l'architecture, à la gestion et au financement du système. Une fois de plus, les personnes assises autour de la table ont déjà entendu ces bons points. Si je les mentionne de nouveau, c'est parce que, dans le contexte des nouveaux IRSC et de leur Institut des services et des politiques de santé — et, en fait, de tous leurs instituts, nous devons réfléchir à



delivers the products of research to our population. Therefore, I see health care research as a very integrative and unifying piece of Canada's health research agenda.

There is also an important role for our voluntary health sector. I have highlighted this in my brief because I have been involved recently in some consultations around research. The role of the voluntary health sector keeps on coming forward as we think about new models for this century, new ways of integrating care and the fact that Canada has a very caring and volunteering society.

How do we best value that, in the context of the health care delivery system, recognizing that caregiving happens in a lot of different places in your society? The relative roles of informal and formal systems of care present us with new opportunities and challenges. We need to bring that into our thinking about research and how we mount a research response.

I have some thoughts for you on the way forward. I do not think anyone would disagree that the CIHR model is the right one. The word "integrate" keeps coming to my mind as I look at the way we are dealing with the new CIHR. That is to say, integrate the ideas, the talent and the resources. We are trying to create an environment that harnesses Canadian research talent and draws together the stovepipes, the separate entities, and gets people talking about the right solutions. In some ways, it is as simple as that and as complex as that.

I would like to raise two challenges — and, again, they do not involve rocket science. Do we know what we know and therefore what we need? We tend to get caught up in the potential of new science and discovery. We need to ground ourselves and ask ourselves what it is that we know and what it is that we do not know. We have to know when to ask ourselves, "Do we need to take some action here?" Those are some of the questions that come to my mind as I look at a research and science agenda.

How do we use what we know in order to change what we do? It seems like a simple question, but we are not doing a good job in Canada of getting research into practice. We know that the clinical practice guidelines that are available do not change physician behaviour. Information does not change health policy development. It does not influence it enough. Traditional publishing of health research in journals is not enough. This is an area of focus that we really need to put some of our creative talents behind. I have no doubt that we can do that.

Synthesis of research findings is important in assessing the state of the art. It is rare that one research project, or even a few, is enough to bring us the evidence we need. It is the power of many good research studies and good research champions that brings together information from science and makes it real to people and to organizations so that they use it.

l'arrimage des résultats de la recherche au système chargé de l'application de ces résultats au sein de la population. Par conséquent, je tiens la recherche sur les soins de santé pour un élément favorisant l'intégration et l'unification du programme de recherche en santé du Canada.

Dans le domaine de la santé, le secteur bénévole a aussi un rôle important à jouer. Dans mon mémoire, je l'ai fait ressortir parce que, récemment, j'ai participé à certaines consultations sur la recherche. Au moment où nous nous efforçons de définir de nouveaux modèles pour le siècle présent et de nouvelles façons d'intégrer les soins, le rôle du secteur bénévole dans le domaine de la santé revient sans cesse sur le tapis, la société canadienne étant très portée sur le bénévolat et le souci de l'autre.

Dans le contexte du système de soins de santé, quel est le meilleur moyen de reconnaître que, au sein de la société, la prestation des soins prend place à de nombreux endroits différents? Les rôles respectifs des systèmes de soins informels et officiels nous présentent des possibilités et des défis nouveaux. Nous devons en tenir compte dans notre réflexion sur la recherche et la mise au point d'une réponse.

J'aimerais vous faire part de quelques réflexions sur ce qui nous attend. Personne, je crois, ne conteste que le modèle des IRSC est celui qui convient. Quand j'examine le fonctionnement des nouveaux IRSC, c'est le mot «intégrer» qui me vient à l'esprit. Je songe à l'intégration des idées, des talents et des ressources. Nous tentons de créer un climat qui favorise l'exploitation du talent des Canadiens dans le domaine de la recherche, relie entre eux les silos, les ententes distinctes et, enfin, amène les intéressés à discuter des solutions qui s'imposent. À certains égards, le modèle est aussi simple et aussi complexe que cela.

J'aimerais faire ressortir deux défis — qui, une fois de plus, n'ont rien de sorcier. Savons-nous ce que nous savons et, partant, ce dont nous avons besoin? Nous avons tendance à nous empêtrer dans le potentiel des découvertes et des sciences nouvelles. Nous devons faire le point et nous demander ce que nous savons et ce que nous ne savons pas. Nous devons savoir quand nous demander: «Y a-t-il ici lieu de réagir?» Voilà certaines des questions qui vous viennent à l'esprit à l'examen d'un programme scientifique et de recherche.

Comment utilisons-nous ce que nous savons pour modifier nos façons de faire? La question paraît simple, mais, au Canada, nous ne réussissons pas très bien à mettre les résultats de recherche en pratique. Nous savons que les lignes directrices sur les pratiques cliniques existantes n'ont pas pour effet de transformer le comportement des médecins. L'information n'infléchit pas non plus l'élaboration des politiques de santé. Son influence est insuffisante. La publication traditionnelle des résultats de recherche dans des revues spécialisées ne suffit pas. C'est un secteur dans lequel nous devons investir une part de notre créativité. Je ne doute pas que nous en soyons capables.

La synthèse des résultats de recherche est importante dans la mesure où elle permet de déterminer l'état d'avancement de la discipline. Il est rare qu'un projet de recherche ou même que quelques projets de recherche suffisent pour produire toutes les données dont nous avons besoin. Il faut un grand nombre de recherches de bonne qualité et de partisans convaincus de la



Evidence consolidation is a business that many are in right now. We have to determine how to broaden that scope and how to bring it into our mindset. Dr. Bernstein talked about the idea of the culture change. That is part of it. We also have to ask this question: What important tools do we need to put into place?

I would say that we are on the right track. For the first time, CIHR is starting to specifically align research with policy needs. We have to see how it works. We know that that is the intention, but we have not had time yet to see it actually work. We are all committed to evidence-based information. We need to direct some attention — and we are starting to do this — to health-care-system-level evidence and to the impact of making a change in one part of the system. We must ratchet up our lens to say, “We have a big system” — some would say many systems — “operating out there. When we make a change in one area, how do we look at the impact of that on other parts of the system, to maximize the benefits?”

Analysis of the effectiveness and appropriateness of new approaches to care will be important to our system as we get it ready for the future. Many predict that the acute care system will change dramatically because of the availability of new drugs and new approaches to care delivered in the home, telehealth and telehome care. These are all words that are on everyone's radar screens, but what do they mean to us and how do we know that the health outcomes and the quality that we are delivering to Canadian is where we want to be?

More health care outcomes research is critical. We do not know yet what works. That will be a very important guiding feature for the future.

Finally, I will make the observation that the building is only as solid as the foundation. We are on a very important track with CIHR to mobilize health research, to train and build the capacity for health research in Canada. We still have a fairly small health-services research community. We need to attract researchers into that area. By doing that, we will achieve the important outcome of keeping that talent in Canada, where we are desperately needing it, if we are to turn a huge system around or even modify it in important ways to meet the health challenges of this century.

**The Chairman:** Before turning to my colleagues, I wish to ask you a specific question. On page 4, where you say “we are on the right track,” you then list the bullet points you just talked about. Is that kind of work — the effectiveness, the research, the outcomes

recherche pour intégrer les données de la science et les concrétiser au profit de particuliers et d'organismes ensuite capables de les utiliser.

De nos jours, de nombreuses personnes s'intéressent à l'intégration des données. Nous devons trouver le moyen d'élargir cette dynamique et de la placer à l'avant-plan. Le Dr Bernstein a fait allusion à l'idée du changement de culture. Un tel changement fait partie de la solution. Nous devons également nous poser la question suivante: quels outils importants devons-nous mettre en place?

Je dirais que nous sommes sur la bonne voie. Pour la première fois, les IRSC commencent à expressément orienter les recherches vers des besoins stratégiques. Nous devons évaluer les résultats. Nous savons que l'intention est là, mais nous n'avons pas encore eu le temps d'apprécier le mode de fonctionnement réel. Nous sommes tous en faveur de l'information fondée sur des données. Nous devons nous intéresser — comme nous avons commencé à le faire — aux données au niveau du système de soins du système de santé et à l'impact de toute modification apportée dans une partie du système. Nous devons prendre du recul et faire le constat suivant: nous avons affaire à un important système — à de nombreux systèmes, diraient certains. Lorsque nous apportons une modification dans un secteur, comment étudions-nous l'impact sur les autres éléments du système, de manière à optimiser les avantages?

L'analyse de l'efficacité et de la pertinence des nouvelles approches des soins de santé revêtra une grande importance pour notre système au moment où nous nous efforçons de le préparer pour l'avenir. Nombreux sont ceux qui prévoient que le système de soins actifs se transformera radicalement en raison de l'offre de nouveaux médicaments et de nouvelles approches liées aux soins à domicile, à la télémédecine et aux soins à distance. Ces mots apparaissent sur les écrans radars d'un peu tout le monde, mais que signifient-ils pour nous, et savons-nous si les résultats cliniques et la qualité des soins que nous assurons aux Canadiens sont tels que nous les voulons?

On doit de toute urgence effectuer plus de recherche sur les résultats cliniques. Nous ne savons pas encore ce qui fonctionne. À l'avenir, il s'agira pour nous d'un très important fil conducteur.

Enfin, je rappelle que la solidité de l'immeuble dépend de celle des fondations. Grâce aux IRSC, nous avons pris une mesure des plus importantes pour favoriser la recherche en santé, assurer la formation et mettre en valeur la capacité du Canada au titre de la recherche en santé. Les chercheurs qui s'intéressent au service de santé sont toujours relativement peu nombreux. Nous devons intéresser de nouveaux chercheurs dans ce domaine. Ce faisant, nous atteindrons l'objectif important qui consiste à garder les talents au Canada, où nous en avons désespérément besoin. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions transformer un système colossal ou même le modifier sensiblement de manière à relever les défis du siècle prochain dans le domaine de la santé.

**Le président:** Avant de céder la parole à mes collègues, j'aimerais vous poser une question précise. À la page 4, vous déclarez que «nous sommes sur la bonne voie», puis vous présentez les points centrés que vous venez tout juste d'évoquer.

research, and so on — being done elsewhere than under the mandate of the Canadian Institutes of Health Research?

In other words, are there other organizations doing that; if so, is there a synopsis of what is going on in the country in that area?

**Ms Elmslie:** The answer to your first question is, yes, health outcomes research is going on in other areas by organizations other than CIHR. As to the synopsis question, I believe there may be pieces of that, but not a consolidated piece of which I am aware. I would be more than happy, though, to look at that and provide the committee with what is available.

**The Chairman:** That would be helpful.

**Senator Morin:** We might hear from the national centres of excellence on evidence-based medicine then. This is exactly what people have been trying to grapple with.

**The Chairman:** We would appreciate anything you can give us on that, and picking up on Senator Morin's point will be helpful.

**Senator Robertson:** You raised something that I thought was rather important. You spoke about the health of our health care system. Has there been any research on the socio-economic conditions, for example, of our medical students?

**Ms Elmslie:** That is a good point. I am not aware of any specific research on that particular point, senator.

**Senator Robertson:** Where could we find that information? I hear different things in different quarters about the socio-economic difficulties or not of medical students; it is difficult sorting the rumours from the truth. I should like to obtain information on that subject.

**Ms Elmslie:** I will undertake to get that.

**Senator Robertson:** What socio-economic class are doctors recruited from? If we were to look at the first year classes of the country's medical schools, would we find that a majority of the students were from well-to-do families or would we find that they were broadly representative of all income brackets in the population at large?

There is the belief out there that talented students, who otherwise would apply to our medical schools, decide to pursue other studies because of the huge financial implication of a medical education. I have been told that because of the cost implications of a medical education we are losing some of our brightest.

I know that medical schools have bursaries and that sort of thing; nevertheless, it is a shame if we are losing some of our extremely bright young people. I am very interested to know whether there is research out there to confirm or deny that.

Ce genre de travail — l'efficacité, la recherche, la recherche sur les résultats, et ainsi de suite — s'effectuent-ils ailleurs que sous l'égide des Instituts canadiens de recherche sur la santé?

En d'autres termes, y a-t-il d'autres organismes qui effectuent un tel travail. Le cas échéant, y a-t-il quelque part un aperçu de ce qui se fait dans ce domaine au pays?

**Mme Elmslie:** À votre première question, je répondrai que oui. Des organismes autres que les IRSC effectuent de la recherche sur les résultats cliniques. En ce qui concerne la question portant sur l'aperçu, il existe peut-être des listes partielles, mais, à ma connaissance, il n'y a pas de liste intégrée qui soit complète. Cependant, je serai heureux de me pencher sur la question et de fournir au comité ce sur quoi j'aurai pu mettre la main.

**Le président:** Cela me serait utile.

**Le sénateur Morin:** Dans ce cas, nous allons peut-être entendre parler des centres d'excellence sur la médecine fondée sur des données. C'est précisément le genre de personnes sur qui nous tentons de mettre la main.

**Le président:** Nous vous saurons gré de nous fournir tout ce que vous pourrez, sans oublier de donner suite au point que le sénateur Morin vient de soulever.

**Le sénateur Robertson:** Vous avez évoqué une question qui, à mon avis, est relativement importante. Vous avez fait allusion à la santé du système de soins de santé. A-t-on, par exemple, effectué des recherches sur la situation socioéconomique de nos étudiants en médecine?

**Mme Elmslie:** C'est un point fort valable. Je ne suis pas au courant de recherches consacrées à cette question précise, sénateur.

**Le sénateur Robertson:** Où pourrions-nous trouver ce genre d'information? J'entends différents points de vue au sujet des difficultés socioéconomiques réelles ou fictives des étudiants en médecine. Il est difficile de démêler les rumeurs de la vérité. J'aimerais obtenir de l'information à ce sujet.

**Mme Elmslie:** Je vais m'y employer.

**Le sénateur Robertson:** Dans quelle classe socioéconomique recrute-t-on les médecins? Si nous étudions les classes de première année des écoles de médecine du pays, constaterions-nous qu'une majorité d'étudiants viennent de familles nanties, ou qu'ils représentent toutes les tranches de revenu présentes dans la population en général?

On dit que certains étudiants doués, qui, dans d'autres circonstances, se seraient inscrits à une école de médecine, décident de faire d'autres études en raison du fardeau financier colossal qu'entraînent des études en médecine. Selon ce que j'ai entendu, nous perdons certains de nos éléments les plus brillants en raison des coûts des études de médecine.

Je sais que les écoles de médecine offrent des bourses et d'autres programmes du genre. Néanmoins, il serait dommage que nous perdions certains de nos jeunes les plus brillants. Je serais intéressée de savoir s'il existe des recherches qui confirment ou infirment cette observation.



**Ms Elmslie:** There is a researcher whom I know at McMaster University that has done quite a bit of research into the medical student array, if you will, in Canada. That would be my first checkpoint.

**Senator Robertson:** It is important for Canadians to know that we are attracting our best and brightest.

**Senator Graham:** As well as keeping them.

**Senator Robertson:** Yes, but we have to get them in first.

Are there enough medical schools in Canada, compared to other OECD countries? Perhaps Senator Morin will address that topic further.

I would be most appreciative of any information you could get for me on these questions.

**Ms Elmslie:** Thank you. I will definitely follow up on that.

**Senator Robertson:** The Department of Health is so big nowadays that it is difficult even to find one's way through the directory; it is almost impossible to determine where to go to get information.

Could we get a simple directory of all the divisions in Health Canada, so we know what we are talking about?

**Senator Morin:** It depends what day of the week you are talking about. They change every day.

**Senator Robertson:** I agree with you, senator.

What division of Health Canada is responsible for the research and approval for drugs? That is not your division, is it?

**Ms Elmslie:** No, it is not.

**Senator Robertson:** At some point it would be interesting to have a discussion, Mr. Chairman, about the possibility of coordination with other countries of the approval process. We might get a better system in place. There is much general discontent with the approval process.

**Ms Elmslie:** The branch in the department responsible for that is the Health Products and Food Branch.

**The Chairman:** Senator Robertson, you are not alone. In the year and-a-half that we have been in this job, we have received an incredible number of organizational charts for Health Canada; if you add to that the number of personnel changes, the figure is incredible.

**Senator Graham:** What you are saying is that it gets confusing, Mr. Chairman.

**The Chairman:** It works on the assumption that there is someone who truly understands.

**Senator Graham:** Having heard the witness say, "Do we know what we know?" I am reminded of the old expression, "We are all here because we are not all there." One hopes that we will be able to justify our existence as time goes on.

**Mme Elmslie:** Je connais un chercheur de l'Université McMaster qui s'est beaucoup intéressé à tout l'éventail des étudiants en médecine au Canada. Je m'adresserai d'abord à lui.

**Le sénateur Robertson:** Les Canadiens doivent savoir que nous attirons les candidats les plus valables et les plus brillants.

**Le sénateur Graham:** Et que nous les gardons.

**Le sénateur Robertson:** Oui, mais il faut d'abord les recruter.

Y a-t-il assez d'écoles de médecine au Canada, par rapport à la situation observée dans d'autres pays de l'OCDE? Peut-être le sénateur Morin s'intéressera-t-il à cette question plus en détail.

Je vous serais très reconnaissante de tout renseignement que vous pourriez fournir à ce sujet.

**Mme Elmslie:** Je ne manquerai pas de donner suite.

**Le sénateur Robertson:** De nos jours, le ministère de la Santé est si colossal qu'on a du mal à s'orienter dans le bottin téléphonique. Il est presque impossible d'établir où s'adresser pour obtenir de l'information.

Pourrions-nous obtenir un répertoire simple de toutes les divisions de Santé Canada, de façon que nous sachions de quoi nous parlons?

**Le sénateur Morin:** Tout dépend du jour de la semaine. L'organigramme change tous les jours.

**Le sénateur Robertson:** Je suis d'accord avec vous, sénateur.

Quel est la division de Santé Canada responsable de la recherche et de l'homologation des médicaments? Ce n'est pas la vôtre, n'est-ce pas?

**Mme Elmslie:** Non.

**Le sénateur Robertson:** Un de ces jours, monsieur le président, il serait intéressant de discuter des possibilités de coordination de la procédure d'homologation avec d'autres pays. Nous pourrions peut-être établir un meilleur système. La procédure actuelle suscite un mécontentement généralisé.

**Mme Elmslie:** La division du ministère responsable de l'homologation des médicaments est la Direction générale des produits de santé et des aliments.

**Le président:** Sénateur Robertson, vous n'êtes pas la seule. Depuis un an et demi que nous avons entrepris nos travaux, nous avons reçu un nombre incroyable d'organigrammes de la part de Santé Canada. Si on tient compte du roulement de personnel, les chiffres sont incroyables.

**Le sénateur Graham:** Ce que vous nous dites, monsieur le président, c'est que la confusion règne.

**Le président:** À supposer que quelqu'un y comprenne vraiment quelque chose.

**Le sénateur Graham:** En entendant la témoin dire: «Savons-nous ce que nous savons?», je me suis rappelé l'ancienne expression: «Si nous sommes ici, c'est que nous ne sommes pas du tout là.» Espérons que, avec le temps, nous parviendrons à justifier notre existence.



I am particularly interested in the questions that Senator Robertson asked. I hope we are able to get answers to those questions. If not, then why? There has to be a mechanism to find those answers.

I am interested in the general picture. Is the secretariat, which is relatively new, the link between Health Canada and CIHR?

**Ms Elmslie:** We are one of the links. Our intent, when we formed the secretariat at the time that CIHR was launched, was to ensure that the department understood and was taking full advantage of the opportunities to work together with CIHR.

In the past, in the days of the medical research council, the organizations were separate entities. There was some collaboration, but both organizations felt there was room for more. The secretariat provides, if you will, a navigation function to link into CIHR at the corporate level and to the institutes to determine where we can work together, where it makes sense for us to join forces and combine our resources.

**Senator Graham:** Was the function of your secretariat fulfilled under another name prior to the reorganization?

**Ms Elmslie:** No, it was not. It is new.

**Senator Fairbairn:** My question is becoming a perennial one at the committee, and I take it from your question about how to use what we know in order to change what we do. My question is about the degree to which Health Canada can be a leader in getting information to Canadians who have difficulty with basic reading skills. It goes to your concern about issues of taking health care into the home, thereby shifting responsibility to the person who has to manage his or her own situation.

**Ms Elmslie:** It is an incredibly important issue, and one that we do not spend enough time thinking about.

One way I have seen information being brought into the home and being used in a situation where literacy levels and understanding may not be at the highest level is in the whole area of working with our immigrant populations.

I think we can learn a lot from the Metropolis experience. For those who do not know about Metropolis, it is a research program concentrating on immigrants living in urban centres in the country. It is funded by a number of federal government departments. People working in that area are spending time on this question of transfer of information, boiling it down and making it understandable to people from various cultures and in various linguistic ways.

Although I do not have answers to the question, I think there is a recognition out there that we have to get better at it. We have to use what communities are already doing through community associations and other grassroots organizations and not just rely on what we think is best for everyone else. We have to really engage

J'ai été particulièrement intéressé par les questions posées par le sénateur Robertson. J'espère que nous pourrions obtenir des réponses. Sinon, pourquoi? Il doit bien y avoir un mécanisme pour trouver des réponses.

Je m'intéresse à la situation d'ensemble. Le Secrétariat, qui est relativement nouveau, sert-il de liaison entre Santé Canada et les IRSC?

**Mme Elmslie:** Nous sommes un des points de liaison. Lorsque, à l'époque du lancement des IRSC, nous avons créé le Secrétariat, notre intention était de veiller à ce que le ministère comprenne les possibilités de coopération avec l'organisme et en tire pleinement profit.

Par le passé, à l'époque du Conseil de recherches médicales, les organismes étaient distincts. Certes, les deux organismes collaboraient, mais ils avaient le sentiment de pouvoir faire davantage à ce sujet. Si vous voulez, le Secrétariat offre une fonction de navigation qui assure la liaison avec les IRSC au niveau organisationnel et les instituts, ce qui permet d'établir les possibilités de coopération, les secteurs où l'union de nos forces et la mise en commun de nos ressources semblent se justifier.

**Le sénateur Graham:** Avant la réorganisation, la fonction de votre Secrétariat était-elle exercée sous un autre nom?

**Mme Elmslie:** Non, c'est tout nouveau.

**Le sénateur Fairbairn:** Ma question en est une qui revient sans cesse au comité, et c'est vous-même qui me l'avez inspirée en mentionnant l'utilisation de ce que nous faisons pour modifier nos façons de faire. Ma question a trait à la mesure dans laquelle Santé Canada peut diriger la diffusion d'informations auprès des Canadiens qui éprouvent de la difficulté à lire des textes simples. Je fais ici référence à la préoccupation que vous avez soulevée au sujet du rapprochement des soins de santé du foyer et, par conséquent, du transfert de responsabilité à la personne qui a désormais charge de prendre sa propre santé en main.

**Mme Elmslie:** Il s'agit d'un enjeu d'une incroyable importance, auquel nous ne consacrons pas assez de temps.

À mes yeux, une façon de diffuser l'information dans les foyers et de l'utiliser dans un contexte où les capacités de lecture et d'écriture et la compréhension ne sont peut-être pas à leur plus haut consiste à travailler auprès de nos populations immigrantes.

Nous avons beaucoup à apprendre du projet Metropolis. À l'intention de ceux d'entre vous qui ne savent pas ce qu'est Metropolis, je précise qu'il s'agit d'un programme de recherche portant sur les immigrants qui vivent dans des centres urbains du pays. Il est financé par un certain nombre de ministères du gouvernement fédéral. Les personnes qui travaillent dans ce secteur consacrent beaucoup de temps à la question du transfert d'informations qu'on vulgarise de manière à les rendre compréhensibles pour des personnes issues de cultures diverses et aux connaissances linguistiques variées.

Même si je n'ai pas de réponse à la question, je pense qu'il est admis que nous effectuons un meilleur travail à ce propos. Nous devons tabler sur ce que les collectivités font déjà par l'entremise d'associations communautaires et d'autres organismes de la base, plutôt que de nous fier uniquement à la solution qui nous paraît

and start to work with those community organizations that on a daily basis are out there with real people in real circumstances who need real help.

**Senator Fairbairn:** A great number of them are not from the immigrant population; they are home grown.

**Ms Elmslie:** You are absolutely right. I am thinking of models that we may be able to draw on, and that model came to my mind, but I take your point that they are Canadian people who are home grown as well.

**Senator Fairbairn:** Keep at it.

**Ms Elmslie:** Yes. And if anybody figures it out, call me?

**Senator Morin:** Under the influences of the health care system, most governments are faced with two factors. In addition to changes in age and so forth, public expectations have increased, and we are faced with demands for costly procedures or drugs that are only marginally effective. Every provincial government has been lobbied about drugs — for example, drugs for multiple sclerosis. These powerful lobbies pressure governments to give them drugs or procedures or technologies that are marginally effective but extremely expensive.

I am sure you have thought about this issue. This problem is one we have been trying to grapple with. How would you deal with this situation?

**Ms Elmslie:** That is the \$6 million question, so to speak. You are absolutely right, Senator Morin. There are a variety of pressures on government from many different sources to bring to Canadians various products, drugs, and pharmaceuticals in a very timely way.

To be overly simplistic, it comes back to knowing what works and what are the marginal costs that are associated with the delivery of various products, drugs and interventions to the population.

To me, it is a matter of looking at better studies of intervention effectiveness, cost-effectiveness and benefits, and being rigorous in those evaluations so that they become one piece of the evidence base. They are not always clearly the only piece that we can use in making those kinds of decisions. However, if we do not even have that evidence, then we are only working on the basis of pressure and opinions. I think we all want to be working on the basis of sound science wherever we can. I do not mean to imply that we have to wait for definitive answers before we take action, because I do not think that is appropriate. We need to put ourselves to the task of building the evidence base so that we can use it as part of the decision-making process.

préférable pour tous. Nous devons également commencer à travailler avec les organismes communautaires qui, quotidiennement, ont affaire à des personnes réelles, qui ont des problèmes et des besoins réels, et nous engager en ce sens.

**Le sénateur Fairbairn:** Un bon nombre de ces personnes ne sont pas immigrantes. Elles sont nées ici.

**Mme Elmslie:** Je pensais à des modèles dont nous pourrions nous inspirer, et celui-là m'est venu à l'esprit, mais je suis d'accord avec vous pour dire qu'il y a aussi parmi ces personnes des Canadiens nés ici.

**Le sénateur Fairbairn:** Continuez d'y travailler.

**Mme Elmslie:** Oui. Si quelqu'un trouve la solution, vous allez me téléphoner, n'est-ce pas?

**Le sénateur Morin:** En ce qui concerne le système de soins de santé, la plupart des gouvernements font face à deux facteurs. Outre les fluctuations des cohortes d'âge et ainsi de suite, les attentes du public ont augmenté, et nous devons composer avec des demandes de procédure ou de médicaments coûteux, dont l'efficacité n'est que négligeable. Tous les gouvernements provinciaux ont fait l'objet de pressions concernant les médicaments — par exemple, ceux pour le traitement de la sclérose en plaques. Ces groupes d'intérêts pressent les gouvernements de leur accorder des technologies, des procédures ou des médicaments dont l'efficacité est négligeable, mais qui sont extrêmement coûteux.

Je suis certain que vous avez réfléchi à ce problème. Nous avons pour notre part tenté de nous y attaquer. Comment vous y prendriez-vous pour remédier à la situation?

**Mme Elmslie:** C'est la question à six millions de dollars, pour ainsi dire. Sénateur Morin, vous avez tout à fait raison. Le gouvernement fait l'objet de diverses pressions exercées par de nombreuses sources différentes, lesquelles visent à mettre à la disposition des Canadiens des produits et des médicaments de façon très opportune.

Au risque de trop simplifier, je dirais qu'il s'agit d'établir ce qui fonctionne et quels sont les coûts marginaux associés à l'offre de produits, d'interventions et de médicaments divers à la population.

Pour moi, il s'agit de mieux étudier l'efficacité, la rentabilité et les avantages des interventions et de faire preuve de rigueur dans ces évaluations, de façon qu'elles puissent faire partie des données. Ces données ne sont pas toujours clairement les seules que nous puissions utiliser pour prendre ce genre de décisions. Si, cependant, nous ne disposons même pas de données de ce genre, nous fonctionnons uniquement sur la foi de pressions et d'opinions. Je pense que nous tenons tous à travailler sur la foi de données scientifiques solides, chaque fois que nous le pouvons. Je ne veux pas dire par là que nous devons attendre indéfiniment des réponses avant d'agir, car cela, me semble-t-il, serait inapproprié. Nous devons nous atteler à la tâche qui consiste à recueillir de telles données de façon à pouvoir les utiliser dans le cadre du processus décisionnel.



**Senator Morin:** Following Senator Robertson's point here, what is the Applied Research and Analysis Directorate? That is a new one for me.

**Ms Elmslie:** I will probably be naming another new one for many of you. The department, about two years ago, created a new branch called the Information Analysis and Connectivity Branch. In that branch, the Applied Research and Analysis Directorate is a new directorate.

**Senator Morin:** Do they actually conduct research?

**Ms Elmslie:** They conduct some in-house research on existing databases. They also work with organizations like the Canadian Institute for Health Information and Statistics Canada. As well, they fund some policy research extramurally.

**Senator Cohen:** My question is about the Centres of Excellence for Women's Health.

**Ms Elmslie:** I knew you would ask me about that.

**Senator Cohen:** The six years is finished for funding, and I am interested and concerned as to what the future will be for these centres.

**Ms Elmslie:** Yes, and I will undertake to provide with you that information. I do not know the definitive decision on that at this time, but the Women's Health Bureau in the department will be my first call when I get back. I will ensure that you get that information.

**Senator Cohen:** Thank you.

**Senator Robertson:** Is your department or division involved in planning or developing preventive processes and education material for sustainable longevity?

**Ms Elmslie:** Yes.

**Senator Robertson:** If you are, and if you have any data on that, could we have it.

**Ms Elmslie:** Yes. The Population and Public Health Branch of the department, in conjunction with key partners across the country, is involved in a number of prevention strategies.

**The Chairman:** In partial response to Senator Cohen's question, the Institute for Women's Health is appearing here on May 9.

I want to understand the decision-making system. Suppose that a new drug or procedure is developed and then the cost-benefit analysis shows that the drug or procedure is very expensive and that it only helps one in ten people. Also suppose that the conclusion is that Canada's publicly funded health care system will not fund that process. How is that decision made? Who are the players and what is the process? Does it mean that Canadians cannot get that service or drug in Canada, even if they agree to pay for it? I believe the answer to the second question is yes.

**Le sénateur Morin:** Pour faire suite au point soulevé par le sénateur Robertson, qu'est-ce que la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse? Elle est nouvelle pour moi.

**Mme Elmslie:** Je vais probablement citer une autre division nouvelle pour bon nombre d'entre vous. Il y a environ deux ans, le ministère a créé une nouvelle direction générale appelée la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité. La Direction de la recherche appliquée et de l'analyse est une nouvelle direction de cette direction générale.

**Le sénateur Morin:** Y effectue-t-on de la recherche?

**Mme Elmslie:** On effectue de la recherche à l'interne sur des bases de données existantes. Le personnel de la direction travaille en coopération avec des organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. Elle finance également certaines recherches stratégiques extra-muros.

**Le sénateur Cohen:** Ma question porte sur les Centres d'excellence pour la santé des femmes.

**Mme Elmslie:** Je savais que vous alliez m'interroger à ce sujet.

**Le sénateur Cohen:** Le financement sur six ans a pris fin, et j'aimerais savoir ce que l'avenir réserve à ces centres, dont la situation m'inquiète.

**Mme Elmslie:** Oui, et je vais vous fournir l'information. J'ignore si une décision définitive a été prise au moment où nous nous parlons, mais, à mon retour au ministère je vais en tout premier lieu communiquer avec le Bureau pour la santé des femmes. Je vais veiller personnellement à ce que l'information vous parvienne.

**Le sénateur Cohen:** Je vous remercie.

**Le sénateur Robertson:** Est-ce que votre division ou votre ministère s'occupe de la planification ou de l'élaboration de mécanismes de prévention et de documents de sensibilisation visant à accroître la longévité?

**Mme Elmslie:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** Si tel est le cas, et que vous avez des données à ce sujet, pourrions-nous les obtenir?

**Mme Elmslie:** Oui. La Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, en collaboration avec les partenaires clés des quatre coins du pays, participe à un certain nombre de stratégies de prévention.

**Le président:** Pour répondre en partie à la question du sénateur Cohen, je précise que l'Institut de recherche en santé des femmes comparaitra devant nous le 9 mai.

J'aimerais bien comprendre le système décisionnel. Supposons qu'une procédure ou un médicament nouveau est mis au point et que l'analyse coûts-avantages montre que la procédure ou le médicament est très coûteux et qu'il ne viendra en aide qu'à une personne sur dix. Supposons également qu'on en vienne à la conclusion que le système de soins de santé publique du Canada ne financera pas le processus. Comment la décision est-elle prise? Qui sont les intervenants, et quelle est la procédure suivie? Faut-il comprendre que les Canadiens ne pourront obtenir ce service ou ce médicament au Canada, même s'ils sont disposés à en assumer les coûts? Je crois que la réponse à la deuxième question est oui.



**Senator Morin:** If it is one death out of ten, who will turn that down?

**The Chairman:** I am happy to keep lowering the odds until I get to the point where someone says that from a cost effectiveness standpoint it does not work. I come at this from the standpoint of a mathematician. The reality is that those decisions implicitly put a value on human life. In the way in which we structure medical care in this country, we have always ducked the central issue, which is that we make decisions that absolutely place a value on human life by virtue of what we decide not to do. I have never been able to understand who makes those calls. I would like to understand as well the criteria by which they are made. Also, is it true that, if that decision is made, people with money are prevented from buying that service as well?

**Ms Elmslie:** Your question is outside my area of expertise. I am not trying to duck it.

**The Chairman:** You happen to be the victim of the department who is here today, so we can send you back to get the answer.

**Ms Elmslie:** That is right.

**The Chairman:** The question is a crucial one, with regard to whether certain things will be provided out of public funds. If so, are they therefore to be prevented from being purchased out of private funds?

**Senator Morin:** First, this decision is never made federally.

**The Chairman:** It is exclusively provincial?

**Senator Morin:** Yes, it is exclusively provincial. Second, it is never made officially in an open way.

**The Chairman:** Of course, because no one wants to accept the responsibility for having made the decision.

**Senator Morin:** They will strike a committee and they will delay. Senator Keon implants artificial hearts that cost \$85,000. Who will say that he should not implant them?

**The Chairman:** I agree with you that it is deliberately obfuscated so that no one has the responsibility for making the decision. I assumed that. Nevertheless, it does seem to me, since there is an implicit valuation done in this process, that it would be useful for me to understand how it is done.

Thank you very much for being the victim of our questions.

**Ms Elmslie:** It was my pleasure. I have some homework to do and I will be pleased to do that for you.

**The Chairman:** Senators, our last witness today is Scott Murray.

It is not only at Senator Fairbairn's pleading that we have asked Mr. Murray to talk about the impact of literacy on health; we want to explore factors that impact on the cost of the health care

**Le sénateur Morin:** S'il s'agit de un décès sur dix, qui pourra refuser?

**Le président:** Je me ferai un plaisir de réduire les probabilités jusqu'à ce que quelqu'un me dise à quel seuil d'efficience le raisonnement ne tient plus. J'aborde cette question sous l'angle d'un mathématicien. La réalité, c'est que, dans le cadre de telles décisions, on attache implicitement une valeur à la vie humaine. De la façon dont les soins de santé sont structurés au pays, nous avons toujours évité la question centrale, c'est-à-dire que, dans les décisions que nous prenons, il est certain que nous attachons un prix à la vie humaine du simple fait de ce que nous décidons de ne pas faire. Je n'ai jamais pu comprendre à qui reviennent ces décisions. J'aimerais comprendre sur la foi de quels critères elles sont prises. Si une telle décision est prise, est-il vrai que les personnes qui ont de l'argent n'ont pas elles non plus le droit de s'offrir le service en question?

**Mme Elmslie:** Votre question échappe à mon champ de spécialisation. Je ne cherche pas à l'éviter.

**Le président:** Il se trouve simplement que vous êtes la victime du ministère présente ici aujourd'hui. Nous vous demandons donc de retourner au ministère pour trouver la réponse.

**Mme Elmslie:** Exactement.

**Le président:** La question de savoir si certains services seront financés à même les fonds publics revêt une importance cruciale. Le cas échéant, doit-on comprendre qu'on ne pourra les acheter à l'aide de fonds privés?

**Le sénateur Morin:** Premièrement, cette décision n'est jamais prise au niveau fédéral.

**Le président:** C'est donc une question qui relève de la compétence des provinces?

**Le sénateur Morin:** Oui, elle relève de leur compétence exclusive. Deuxièmement, ce genre de décision n'est jamais prise officiellement, de façon transparente.

**Le président:** Bien entendu, parce que personne ne veut en accepter la responsabilité.

**Le sénateur Morin:** On formera un comité, et on tergiversera. Le sénateur Keon plante des coeurs artificiels qui coûtent 85 000 \$. Qui ira dire qu'il ne devrait pas le faire?

**Le président:** Je suis d'accord avec vous pour dire qu'on brouille délibérément les pistes pour éviter à quiconque d'avoir à assumer la responsabilité de la décision. Je le tenais pour acquis. Néanmoins, j'ai le sentiment que, comme, dans le cadre d'un tel processus, on procède à une évaluation implicite, il me serait utile de comprendre comment on procède.

Je vous remercie beaucoup d'avoir été la victime de nos questions.

**Mme Elmslie:** C'a été un plaisir. J'ai quelques devoirs à faire, et je suis heureuse de m'en acquitter pour vous.

**Le président:** Sénateurs, Scott Murray est notre dernier témoin d'aujourd'hui.

Ce n'est pas qu'à l'insistance du sénateur Fairbairn que nous avons demandé à M. Murray de parler de l'impact de l'alphabétisation sur la santé. Nous voulions étudier les facteurs

system that one does not normally think of as being a health care problem.

Please proceed, Mr. Murray.

**Mr. T. Scott Murray, Director General, Institutions and Social Statistics Branch, Statistics Canada:** Thank you for the invitation to appear before you. By way of introduction, I will say that I am focusing on the health of older Canadians, but what I say applies to the health of the rest of Canadians. The basic thesis is that the literacy skill of Canadians will act as a retardant on the speed and the equity of Canadians to absorb all of the interesting things that the health research system is going to turn out. The context within which this takes place is that individual behaviour is the biggest agent of social change. It is also, from a government point of view, the cheapest one, so we should be concerned about literacy as a retardant.

Senator Fairbairn mentioned that 42 per cent of adult Canadians do not possess literacy skills that allow them to deal with everyday reading tasks, including health reading tasks, and that goes well beyond decoding the printed word. It means using the printed word to accomplish the tasks that face us.

The population is getting older, and this is where we get into the dynamics of literacy. Canada is rather unique in the fact that, at about age 45, we see a rapid deterioration in skill that, even when adjusted by educational attainment, does not go away. There is something in the way that we have conceived Canadian economy and society that causes people to lose their skill in mid-life rather than in late life, as is the case in Sweden, for example.

The structure of the Canadian population is going to be dictated by a number of demographic trends that I understand you have already heard of, one being immigration. Over half of the population growth will come from people outside of Canada, many of whom are not perfectly fluent in our official languages and are not able to use literacy to deal with everyday demands.

The most troubling aspect is illustrated on the slide entitled "Forecast Share of Literacy." We have taken the current relationship of literacy to education levels, immigration and age and forecast the proportions of the adult population that will be at each level.

**The Chairman:** Just to clarify, am I correct that on the literacy level scale 1 is low and 5 is high?

**Mr. Scott:** That is right. About 5 per cent of the adult population is in levels 4 and 5; 40 per cent is in levels 1 and 2, which is the level that is determined to have problems dealing with the economic and social demands that are implied in everyday reading.

qui influent sur le coût du système de soins de santé qu'on n'associe normalement pas à un problème de santé.

Monsieur Murray, la parole est à vous.

**M. T. Scott Murray, directeur général, Direction de la statistique sociale et des institutions, Statistique Canada:** Merci de m'avoir invité à comparaître devant vous. En guise d'introduction, je précise d'entrée de jeu que je mets l'accent sur la santé des Canadiens plus âgés, mais que les résultats s'appliquent aussi à la santé des autres Canadiens. L'hypothèse de base, c'est que la capacité de lecture et d'écriture des Canadiens réduira la rapidité avec laquelle ces derniers absorberont tous les résultats intéressants du système de recherche en santé de même que l'équité du processus. Le contexte dans lequel cette dynamique s'insère, c'est que le comportement individuel est le principal agent de changement social. Du point de vue gouvernemental, c'est également le moins coûteux. Nous avons donc intérêt à nous intéresser à l'alphabétisation comme facteur de ralentissement.

Le sénateur Fairbairn a indiqué que 42 p. 100 des adultes du Canada ne possèdent pas les capacités de lecture et d'écriture nécessaires pour faire face à des tâches de lecture de tous les jours, par exemple des tâches liées à la lecture d'informations sur la santé, ce qui va bien au-delà du simple décodage du mot écrit. On doit utiliser le mot écrit pour accomplir telle ou telle tâche.

La population vieillit, et c'est pour cette raison que nous entrons dans la dynamique de l'alphabétisation. Le Canada a ceci d'unique que, vers l'âge de 45 ans environ, nous assistons à une détérioration rapide qui ne se dément pas, même lorsqu'on pondère les résultats en fonction du niveau de scolarité. Il y a, dans la façon dont nous avons conçu l'économie et la société canadienne, un facteur qui fait que les personnes perdent leurs compétences à la mi-temps de leur vie plutôt qu'à la fin de leur vie, comme c'est le cas, en Suède, par exemple.

Un certain nombre de tendances démographiques dont, si je comprends bien, vous avez entendu parler dicteront la structure de la population canadienne. L'immigration est une de ces tendances. Les personnes de l'extérieur du Canada compteront pour plus de la moitié de la croissance démographique. Or, bon nombre de ces personnes ne maîtrisent pas parfaitement l'une ou l'autre de nos langues officielles et ne possèdent pas les capacités de lecture et d'écriture exigées par des tâches de tous les jours.

La diapositive intitulée «Part prévue de l'alphabétisation» illustre l'aspect le plus troublant. À partir du rapport actuel entre les capacités de lecture et d'écriture et les niveaux de scolarité, le statut d'immigrant et l'âge, nous avons prévu la proportion d'adultes à chacun des niveaux.

**Le président:** Histoire de clarifier, ai-je raison de penser qu'un niveau de littératie de 1 est faible et qu'un niveau de 5 est élevé?

**M. Scott:** Exactement. Environ 5 p. 100 de la population adulte se trouvent aux niveaux 4 et 5; 40 p. 100 d'entre elles se trouvent aux niveaux 1 et 2, c'est-à-dire qu'on a établi que les personnes en question avaient du mal à faire face aux demandes économiques et sociales que suppose la lecture de tous les jours.



From this graph, you can see that the proportions stay roughly the same, despite increasing education, because the gains from education are being absorbed by the losses associated with aging, at least in Canada. Therefore, a large fraction of the population will, in the absence of any extraordinarily large investment, remain with the same skill levels.

It is no surprise that health is very related to education level and, by extension, to literacy. I have used as an organizing framework Health Canada's own nine determinants of health. I will go very quickly through how literacy relates to each of those determinants.

The first one is income and social status. Research sponsored by HRDC and Statistics Canada and done by UBC shows that over half of the difference in wages paid in the Canadian economy are attributable to differences in literacy. This is an astounding impact and points to the importance of literacy to both the economic and physical health of Canadians.

**The Chairman:** Since education and income correlate so closely, is it reasonable to assume that what really drives that is income and not education?

**Mr. Scott:** No, it is a combination of the two.

**The Chairman:** In other words, if you were uneducated but rich that would not help you as much as being educated but not as rich?

**Mr. Scott:** That is right.

**Senator Morin:** Education is more important than income.

**The Chairman:** I thought income was more important than education.

**Mr. Scott:** Income is the product of having access to the labour market and having access to a good job in the labour market. When you look at what determines getting access to fulltime employment and higher wages, literacy explains about half of that. It is a fundamental underlying determinant. There is an economic price to pay for people without literacy, and their social status is reduced.

Fortunately, in Canada, we have a transfer and tax system that attenuates many of those differences, so it is somewhat adjusted.

If we look at the literacy levels of recent graduates from the Canadian education system, we see big differences in literacy outcomes from province to province. The differences are driven mostly by what happens to children from disadvantaged backgrounds. The effects of literacy are intergenerational. About 15 per cent of the literacy-skill distribution in the current

À partir du graphique, vous verrez que les proportions demeurent à peu près les mêmes, malgré l'augmentation du niveau de scolarité, les gains à ce chapitre étant effacés par les pertes imputables au vieillissement, au moins au Canada. Par conséquent, un pourcentage élevé de Canadiens demeureront aux mêmes niveaux de littératie, en l'absence de tout investissement extraordinairement important.

Il n'est pas surprenant de constater que la santé entretient un lien étroit avec le niveau de scolarité et, par extension, les capacités de lecture et d'écriture. J'ai utilisé comme cadre d'organisation les neuf déterminants de la santé de Santé Canada. Je vais très brièvement montrer le rapport entre l'alphabétisation et chacun de ces déterminants.

Le premier de ces déterminants a trait au revenu et au statut social. Des recherches menées par l'Université de la Colombie-Britannique avec le soutien financier de DRHC et de Statistique Canada montrent que plus de la moitié des écarts entre les salaires versés au Canada s'expliquent par des écarts au titre des capacités de lecture et d'écriture. Cet impact spécial illustre bien l'importance de l'alphabétisation sur le bien-être économique et physique des Canadiens.

**Le président:** Comme la corrélation entre l'éducation et le revenu est si étroite, n'est-il pas raisonnable de tenir pour acquis que c'est le revenu, et non l'éducation, qui est le véritable facteur déterminant?

**Mr. Scott:** Non, c'est une combinaison des deux.

**Le président:** Si, en d'autres termes, vous n'avez pas fait d'études, mais que vous êtes riche, vous ne seriez pas aussi avantagé que si vous aviez fait des études, mais que vous n'étiez pas tout à fait aussi riche?

**Mr. Scott:** Exactement.

**Le sénateur Morin:** L'éducation est plus importante que le revenu.

**Le président:** Et moi qui pensais que le revenu était plus important que l'éducation.

**Mr. Scott:** Le revenu est fonction de l'accès au marché du travail et à un bon emploi au sein de ce dernier. À l'examen des facteurs qui assurent l'accès à un emploi à temps plein et à une rémunération plus élevée, vous constaterez que les capacités de lecture et d'écriture comptent pour plus de la moitié. Il s'agit d'un facteur sous-jacent fondamental. Les personnes analphabètes ont un prix économique à payer, et leur statut social s'en trouve réduit.

Heureusement, au Canada, il existe un système de transfert et un régime d'impôt qui atténuent bon nombre de ces écarts. Il y a donc une certaine forme d'ajustement.

Si nous examinons les niveaux de littératie des diplômés de fraîche date du système d'enseignement canadien, nous constatons d'importants écarts d'une province à l'autre. Ces écarts s'expliquent principalement par le sort réservé aux enfants de familles défavorisées. Les effets de l'alphabétisation sont intergénérationnels. On peut expliquer environ 15 p. 100 de la



population can be related to the literacy skill and educational credentials of their parents.

The second determinant is social support networks. Literacy plays a strong role in this area, but its effects are somewhat second hand. We have a number of social trends that result in people spending more of their life with fewer social supports. More people are living alone, particularly at an older age. More people are retiring earlier. They tend to be self-employed to a much greater extent. Hence, they have impoverished social networks and no one they can depend on for needs they cannot meet themselves. Robert Putnam of Harvard University refers to this phenomenon as "bowling alone" and attributes it to a decline in social cohesion.

If we turn to the subject of demand, there is a slide that shows that seniors, particularly at level 1 of literacy, require assistance in a broad number of everyday activities, many of which relate to making health choices and acquiring information related to healthy behaviours.

Canadians have a relatively high level of education, both in terms of the stock of educational attainment in the country and in the current flow coming out of the educational system. It should have positive effects on health, but we do have this phenomenon where those educational investments seem to evaporate and we do not understand the social and economic processes very well.

There is a strong correlation between people who rate their health as fair or poor and lower educational levels.

I shall now turn to the fourth determinant, employment and working conditions. Literacy acts as a determining factor that selects you into the labour market and determines your income. People with lower skills are selected into occupations that have lower social status. They are paid less and at far more risk from a health point of view, with much higher rates of accident and exposure to occupational hazards. Lower levels of literacy greatly enhance probability of exposure to unemployment, particularly in countries like Canada that have open labour markets, where it is easy to lay people off.

If we turn to the subject of physical environment, literacy levels also play a role here. People with lower incomes tend to be geographically segregated in neighbourhoods that tend to be less desirable and, as such, are exposed to more air- and water-quality issues as well as problems associated with density in urban environments. That not only applies to Canada, but also to places like Poland, where the World Bank has used our literacy data to show that there are community effects where poverty and

répartition des capacités de lecture et d'écriture dans la population actuelle en le reliant au niveau de littératie et de scolarité des parents.

Les réseaux de soutien social sont le deuxième déterminant. Les capacités de lecture et d'écriture jouent un rôle important dans ce domaine, mais leurs effets semblent quelque peu indirects. Il existe un certain nombre de tendances sociales qui font que les personnes passent une plus grande partie de leur vie avec moins de soutiens sociaux. De plus en plus de personnes vivent seules, en particulier à un âge plus avancé. De plus en plus de personnes prennent leur retraite plus tôt. Le phénomène du travail indépendant est de plus en plus répandu. Par conséquent, les intéressés ont des réseaux sociaux appauvris. En outre, elles n'ont personne sur qui compter au cas où elles ne pourraient plus subvenir à leurs propres besoins. Robert Putnam, de l'Université Harvard, utilise l'expression «jouer aux quilles tout seul» pour qualifier ce phénomène, qu'il impute au déclin de la cohésion sociale.

En ce qui concerne la demande, il y a une diapositive qui montre que les aînés, en particulier au niveau 1 de littératie, ont besoin d'aide pour accomplir un grand nombre d'activités de tous les jours, dont bon nombre ont trait à des choix liés à la santé et à l'acquisition d'information relative aux comportements sains.

Le niveau de scolarité des Canadiens est relativement élevé, du point de vue de la somme des diplômes obtenus au pays et du nombre de personnes qui sortent du système d'enseignement. Cette situation devrait avoir des effets positifs sur la santé, mais on doit également tenir compte du phénomène en vertu duquel les effets de ces investissements dans l'éducation semblent s'évaporer, sans que nous comprenions très bien les mécanismes sociaux et économiques en cause.

Il existe une forte corrélation entre les personnes qui qualifient leur état de santé de passable à mauvais et de faibles taux de scolarité.

Je vais maintenant passer au quatrième déterminant de la santé, à savoir les conditions d'emploi et de travail. Les capacités de lecture et d'écriture sont un facteur déterminant pour la sélection des personnes dans le marché du travail et la détermination du revenu. Les personnes les moins qualifiées occupent les postes associés au statut social moins élevé. Elles gagnent moins et, du point de vue de la santé, courent plus de risques: en effet, l'exposition à des risques professionnels et les taux d'accident sont beaucoup plus élevés pour elles. De faibles taux d'alphabétisation entraînent une augmentation marquée du risque de chômage, particulièrement dans des pays comme le Canada, où les marchés du travail sont ouverts et où il est facile de mettre des personnes à pied.

Nous constatons également que les niveaux d'alphabétisation ont aussi une incidence sur le milieu physique. Les personnes à faible revenu tendent à être géographiquement regroupées dans des quartiers moins intéressants, lesquels sont, par conséquent, plus vulnérables à des problèmes liés à la qualité de l'air et de l'eau et associés à des environnements urbains plus denses. Le phénomène se vérifie non seulement au Canada, mais aussi dans des pays comme la Pologne, où la Banque mondiale, à l'aide de

unemployment act in a negative way, synergistically, to make things worse overall.

The sixth determinant is biology and genetic endowment. We have not found any relationship of literacy in this regard, but perhaps our colleagues in the health research areas will find one.

The most important area where literacy plays an key role is in the issue of conveying health information to Canadians. Literacy enables people to acquire information on their own. We think that a significant fraction of the Canadian population do not have the skills to do that reliably. Demands for reading instructions on medicine bottles are very high, with over 60 per cent of seniors doing that kind of task on a daily basis.

There was a presumption that the Internet and health information on the Internet would be a panacea to save us all. Over 50 per cent of Canadian homes now have access to home computers. This figure differs from province to province, so there is a regional equity issue. However, the utilization of computers in older age groups, 55 to 64, and 65 and over, is very low at present. That raises a problem of whether, even if you build it, they will be able to come.

With respect to the impact on the health of older Canadians, people with limited literacy, according to information published by the Ontario Public Health Association, tend to smoke more, have poorer nutrition, are less likely to engage in physical activity, use seatbelts infrequently, do not do breast self-examinations, drink too much coffee and are less likely to have a fire extinguisher or smoke detector. We are dealing with a group that has, of their own volition, made unhealthy choices or find themselves in circumstances where unhealthy choices are forced on them.

In regard to healthy child development, about 15 per cent of today's literacy is determined by the previous generation's literacy. Thus, there is a vector for intergenerational transmission of inappropriate health behaviours. HRDC is spending a significant amount of time thinking about literacy strategies that focus on both generations at the same time as a way of trying to reduce this intergenerational effect.

Health services involve educational programs delivered by a variety of modes but are increasingly reliant on the Internet as a delivering mechanism. The basic summary is that large fractions of the Canadian population do not have the literacy skills to deal with the kind of information that will be provided on those systems. One must then think about several things to get around those problems. Statistics Canada is not in the business of providing those kinds of solutions, but I can give you three general directions.

nos propres données sur l'alphabétisation, a montré l'existence d'effets communautaires dans le cadre desquels la pauvreté et le chômage agissent de façon négative, en synergie, pour détériorer tout le reste.

La biologie et le bagage génétique sont le sixième déterminant. Nous n'avons constaté aucun lien avec l'alphabétisation à cet égard, mais il est possible que nos collègues qui effectuent des recherches en santé en mettront au jour.

La diffusion d'information sur la santé auprès des Canadiens est le plus important secteur dans lequel l'alphabétisation joue un rôle clé. Les capacités de lecture et d'écriture, en effet, donnent aux personnes la possibilité d'obtenir de l'information par elles-mêmes. Nous pensons qu'un pourcentage élevé des Canadiens ne possèdent pas les connaissances requises pour le faire de façon fiable. La lecture des directives qui figurent sur un contenant de médicaments exige beaucoup, plus de 60 p. 100 des aînés devant le faire quotidiennement.

On a tenu pour acquis qu'Internet et l'information sur la santé qu'on y retrouve allaient constituer la panacée qui nous sauverait tous. Plus de 50 p. 100 des foyers canadiens ont maintenant accès à un ordinateur personnel. Le pourcentage varie d'une province à l'autre, de sorte qu'il s'agit d'un enjeu régional. Cependant, l'utilisation des ordinateurs dans les groupes de personnes plus âgées, soit les 55 à 64 ans et les 65 ans et plus, est pour le moins très faible. Même si l'accès était universel, les personnes en question s'en prévaudraient-elles?

En ce qui concerne l'impact sur la santé des aînés du Canada, les personnes dont les niveaux d'alphabétisation sont limités ont, selon des données publiées par l'Association pour la santé publique de l'Ontario, tendance à fumer davantage, se nourrissent plus mal, sont moins susceptibles de s'adonner à des activités physiques, utilisent rarement leur ceinture de sécurité, ne procèdent pas à un auto-examen des seins, boivent trop de café et sont moins susceptibles de posséder un extincteur ou un détecteur de fumée. Nous avons affaire à un groupe qui, de son propre aveu, fait des choix mauvais pour la santé et, par la force des circonstances, se fait imposer des choix mauvais pour la santé.

En ce qui concerne le sain développement de l'enfant, le taux d'alphabétisation de la génération antérieure compte pour environ 15 p. 100 de celui d'aujourd'hui. Il s'agit donc d'un vecteur de transmission, d'une génération à l'autre, de comportements néfastes pour la santé. DRHC consacre beaucoup de temps à l'étude de stratégies d'alphabétisation mettant l'accent sur les deux générations en même temps comme moyen de tenter de réduire cet effet intergénérationnel.

Les services de santé, qui comprennent les programmes d'éducation offerts au moyen d'une diversité de modes, dépendent de plus en plus d'Internet comme mécanisme d'exécution. Il n'en demeure pas moins que d'importants segments de la population canadienne ne possèdent pas les capacités de lecture et d'écriture nécessaires pour traiter le genre d'information fournie dans ces systèmes. Pour contourner ces problèmes, on doit se rappeler un certain nombre de choses. Statistique Canada n'a pas pour mandat de fournir ce genre de solution, mais je puis vous présenter trois orientations générales.



First, we recommend using the same technology used to determine what makes adult reading tasks difficult to very carefully analyze the level of difficulty of material that is put in the public domain by our health agencies and providers. We can explain 85 per cent of difficulty and so you could reverse engineer the information to make it more accessible.

Second, we recommend using the power of the Internet to provide alternate means of access, the sort of things that Industry Canada is doing to make Web information accessible to disabled Canadians and Canadians with low levels of literacy.

Finally, we recommend programs, albeit expensive ones, to increase literacy levels in the current generation coming out of school and in the total population.

Making those investments, given the relationship to individual economic success, one could expect to see both an increase in economic output and a decrease in health expenditures at the same time.

**The Chairman:** Right now in this country, health care expenditures are assumed to be things spent on physicians, drugs and hospitals and so on. You spoke about potential economic output because people would be more educated. We are interested on the impact on health care costs.

Is it possible to do a calculation, however crude, that would in some sense indicate that "X" amount invested in literacy over a period of time would ultimately induce the following savings into the health care system? Where my mind going is to ask if we can encourage expenditures in other areas on the grounds of what they would do to help control health care costs in areas not now typically thought of as health care.

**Mr. Murray:** Yes and no.

**The Chairman:** You are a statistician, not an economist.

**Mr. Murray:** It depends on whether you want to, as my boss says, be close enough for government work. The technical answer is that there is not a database that puts health outcomes and literacy on the same people to make those micro-linkages longitudinally to establish cause and effect that would let you do that kind of calculus.

That being said, there are enough second-order things that show the relative relationships between those variables that you could come up with a good-enough-for-government-work kind of calculus that would, I think, come up with very positive health reductions on top of the economic ones, which would be strong in and of themselves.

**The Chairman:** I do not know whether you are the appropriate person to say this to, but can you do that for us? I am happy enough to have it close enough for government work.

Premièrement, nous recommandons l'utilisation de la technologie qui sert à déterminer ce qui rend difficiles les exercices de lecture pour les adultes afin d'analyser très attentivement le niveau de difficulté des documents versés dans le domaine public par nos organismes et nos fournisseurs de santé. Nous pouvons expliquer 85 p. 100 des difficultés, de sorte qu'on pourrait modifier l'information de manière à la rendre plus accessible.

Deuxièmement, nous recommandons d'utiliser la puissance d'Internet pour fournir de nouveaux moyens d'accès. C'est précisément le genre de travail qu'Industrie Canada fait pour rendre l'information diffusée sur le Web accessible aux Canadiens handicapés et à ceux dont le niveau d'alphabétisation est peu élevé.

Enfin, nous recommandons des programmes, coûteux il est vrai, visant à accroître les niveaux de littératie de la génération qui sort aujourd'hui des écoles et de la population en général.

Étant donné le lien avec la réussite économique individuelle, on pourrait, en consentant de tels investissements, s'attendre à une augmentation du rendement économique en même temps qu'à une diminution des dépenses liées à la santé.

**Le président:** À l'heure actuelle, au pays, on tient pour acquis que les dépenses affectées à la santé ont trait aux médecins, aux médicaments, aux hôpitaux et ainsi de suite. Vous faites allusion au résultat économique qui découlerait d'une meilleure éducation. Nous nous intéressons à l'impact sur les coûts des soins de santé.

Pourrait-on effectuer un calcul, même approximatif, qui donnerait une idée des économies pour le système de soins de santé qui résulteraient de l'investissement d'une somme «X» dans l'alphabétisation au cours d'une période donnée? Voici ce à quoi je veux en venir: pourrions-nous encourager des dépenses dans d'autres secteurs pour la simple et bonne raison qu'elles contribueraient à maîtriser les coûts des soins de santé dans des domaines qu'on n'associe pas habituellement aux soins de santé?

**M. Murray:** Oui et non.

**Le président:** Vous êtes statisticien, et non économiste.

**M. Murray:** La question est de savoir, comme le dit mon patron, si vous tenez à ce que nous soyons assez précis pour les fins du gouvernement. La réponse technique, c'est qu'il n'y a pas de base de données dans laquelle on applique les résultats cliniques et l'alphabétisation aux mêmes personnes pour effectuer les micro-liens longitudinaux qui permettraient d'établir une relation de cause à effet sur la foi de laquelle vous pourriez effectuer ce genre de calcul.

Cela dit, on dispose d'assez d'éléments du deuxième degré qui montrent les variables auxquelles vous pourriez aboutir au moyen de calculs assez précis pour les fins du gouvernement, lesquels permettraient, je crois, d'aboutir à des réductions très positives des dépenses de santé qui s'ajouteraient aux réductions économiques qui seraient en soi importantes.

**Le président:** Je ne sais pas si vous êtes la personne à qui adresser cette requête, mais pourriez-vous vous acquitter de cette tâche pour nous? Pour ma part, je me satisferai de résultats assez exacts pour les fins du gouvernement.



**Mr. Murray:** There is a group at Statistics Canada that does this kind of modelling. They are just about to publish a paper on smoking and its contribution to average years of lifespan, and of disability- and disease-free lifespan. It is a short step from that kind of a modelling, by adding numbers to it, to come up with a first order of proximation of cost and benefit.

We are considering doing the same thing for basic literacy investments where, because we can attach economic costs to various literacy levels, we can come up with a cost-benefit analysis.

**The Chairman:** That would be helpful to us. I do not know if I am looking at you or Senator Fairbairn. If there is anything this committee can do to get that project moved up the working list of Statistics Canada, I would be happy to write a letter or phone someone. Maybe you and Senator Fairbairn can talk about it. I hope it can be done before we finish this study, before the end of this year. This is a great illustrative example. One can look at other things, but this is the perfect illustrative example. To the extent that we can get some ballpark quantification, that would be very helpful.

Senator Fairbairn, do you want to comment on that as well?

**Senator Fairbairn:** I would certainly be glad to talk with Mr. Murray to see if we could propel something.

**The Chairman:** My objective is to try to get government to understand that if health care cost is your problem, to entirely focus on a narrow definition of areas of spending is not the way to solve it. You may be able to help control health care costs by doing something that is not naturally thought of as a health care expenditure. That is what I am thinking.

**Senator Fairbairn:** The only thing I would like to find out, and you could let us know in writing if there are any other thoughts, is related to the statistic that you show that in Canada, for some reason, despite our education system, whatever its limitations, being relatively good, we start dropping off at age 45 in comparison to other countries such as Sweden. What are other countries doing, and what are the influences that we are aware of that make that happen in Canada?

**Mr. Murray:** We are going into the field with a second literacy assessment internationally in 2002. One of its prime objectives is to answer that question. There are two hypotheses. One hypothesis is that Canada suffers a deficit in the factors that support literacy in adult life. Those determinants have to do with the kinds of jobs we have and the kinds of reading demands that are placed on workers in those jobs.

Swedes on the job read twice as much as Canadians do. This has an impact on maintaining their literacy level. They also tend to read more than Canadians at home. That has a positive effect. They participate in adult education at a level that is twice the average for Canadians, and they do so throughout their working

**M. Murray:** Il y a à Statistique Canada un groupe qui s'occupe de ce genre de modélisation. Il s'apprête à publier un article sur le tabagisme et sa contribution au nombre moyen d'années de vie et d'années de vie sans handicap ni maladie. Il suffirait d'ajouter un peu ce genre de modèle en y ajoutant des chiffres pour aboutir à une première évaluation des coûts et des avantages.

Nous envisageons de faire la même chose pour les investissements dans l'alphabétisation de base: parce que nous pouvons associer des coûts économiques aux divers niveaux de littératie, et nous pouvons procéder à une analyse coûts-avantages.

**Le président:** Cela nous serait utile. Je me demande si je fais face au sénateur Fairbairn ou à vous. S'il y a quelque chose que le comité peut faire pour obtenir que ce genre de projet avance dans l'ordre de priorités de Statistique Canada, je me ferai un plaisir d'écrire une lettre ou de donner un coup de téléphone. Peut-être que le sénateur Fairbairn et vous pourriez en parler. J'espère qu'on pourra le faire avant que nous ne terminions la présente étude, avant la fin de l'année. Il s'agit d'une excellente illustration. On peut examiner d'autres paramètres. Mais il s'agit là de la parfaite illustration. Obtenir des données approximatives nous serait très utile.

Sénateur Fairbairn, voudriez-vous ajouter quelque chose à ce sujet?

**Le sénateur Fairbairn:** Je me ferai un plaisir de parler avec M. Murray pour voir si nous pouvons faire bouger les choses.

**Le président:** Mon objectif, c'est d'amener le gouvernement à comprendre qu'on ne pourra régler le problème du coût des soins de santé en mettant uniquement l'accent sur une définition étroite des postes de dépenses. Il est possible qu'on puisse contrôler les coûts liés aux soins de santé en prenant des mesures dans des secteurs qu'on n'associe pas naturellement aux dépenses de santé. Voilà ce que j'ai en tête.

**Le sénateur Fairbairn:** La seule chose que j'aimerais savoir — et vous pourrez nous communiquer par écrit toute autre réflexion à ce sujet — a trait à la statistique selon laquelle au Canada, pour une raison ou pour une autre, et malgré le fait que notre système d'éducation, malgré ses limites, demeure relativement bon, nous commençons à décrocher à l'âge de 45 ans, par rapport à d'autres pays comme la Suède. Que fait-on dans d'autres pays, et quels sont les phénomènes connus à l'origine de la situation observée au Canada?

**M. Murray:** En l'an 2002, nous allons procéder sur le terrain à une deuxième évaluation de l'alphabétisation au niveau international. L'un des principaux objectifs de l'exercice consiste à répondre à cette question. Il y a deux hypothèses. L'une est que le Canada est victime d'un déficit dans les facteurs qui favorisent l'alphabétisation à l'âge adulte. Ces déterminants ont trait au genre d'emplois que nous avons et au genre d'exigences liées à la lecture auxquelles font face les travailleurs qui les occupent.

Au travail, les Suédois lisent deux fois plus que les Canadiens. Cette situation a un impact sur le maintien de leur niveau d'alphabétisation. Ils ont également plus tendance que les Canadiens à lire à la maison. Cette situation a un effet positif. En Suède, la participation aux programmes d'éducation aux adultes

life, whereas we see the same kind of reduction in adult education participation in midlife as we see in literacy levels in Canada.

**The Chairman:** We know from the old 60-year-old Swede advertisements that they are also in better shape than we are.

**Mr. Murray:** Not only are they skiing better, they are reading a book at the same time.

The second hypothesis is that the younger generations replacing the older ones will bring with them better behaviours. They in fact will create more literacy-rich jobs and we will not see this pattern of skill loss continue. For now, it is an open question.

**Senator Graham:** Thank you, Mr. Murray, for a very interesting presentation.

I am compelled to ask a question related to slide 9 and, generally speaking, to all of us. You talk about the relationship between the availability of preventive and primary care services and improved health, and this is under the heading "Literacy's Impact on The Health of Older Canadians." You use the example of Well Baby and immunization clinics.

This document deals with older people and their relationship to the relative health of Canadians. I wonder, Mr. Chairman and Senator Fairbairn, under the general heading of literacy and the health of Canadians, whether we should consider at some point the importance of literacy and the relationship between literacy and health at a very early age, and the importance of reading and encouraging our children to read. The formative years are, comparatively speaking, the most important years of a person's life, whether the years are between the age of two and five, or three and six, or whatever. While this is a most interesting document and very important to us, at some point we will have to focus on the beginnings.

**The Chairman:** By the way, that was the real purpose of my question. In the sense, you hit it exactly. There are two issues. First, there are the people who are now illiterate or not sufficiently literate. Second, how do you stop the next generation from following the curves that Mr. Murray put on the table?

**Mr. Murray:** We do have a series of surveys. We have been approaching this in exactly that way. There is something called the National Longitudinal Survey of Children and Youth that looks at kids from zero to 12, originally. We have been following them longitudinally. It includes direct measures, tests of their reading ability, and relates it to a variety of social, economic and health characteristics.

est en moyenne deux fois supérieure à celle qu'on observe au Canada. Par ailleurs, les Suédois s'inscrivent à de tels programmes tout au long de leur vie professionnelle, tandis que, au Canada, on observe une diminution de la participation aux programmes d'éducation aux adultes comparable à celle des niveaux d'alphabétisation.

**Le président:** À partir des publicités mettant en vedette des Suédois âgés de 60 ans, nous savons également qu'ils sont en meilleure forme que nous.

**M. Murray:** Ils skient mieux et lisent un livre en même temps.

La deuxième hypothèse, c'est que les générations plus jeunes appelées à remplacer les précédentes apporteront avec elles de meilleurs comportements. Elles créeront des emplois exigeant des capacités de lecture et d'écriture plus poussées, et la tendance à la perte des compétences que nous constatons s'effacera. Pour le moment, la question reste ouverte.

**Le sénateur Graham:** Je vous remercie, monsieur Murray, de cet exposé des plus intéressant.

Je me sens contraint de poser une question à propos de la diapositive numéro neuf et, de façon générale, de nous tous. Vous y abordez la relation entre la disponibilité de services de prévention et de soins primaires et un meilleur état de santé, comme on le voit sous la rubrique «Les incidences de l'alphabétisation sur la santé des Canadiens». Vous utilisez l'exemple des cliniques pour bébés bien portants et des cliniques de vaccination.

Le document porte sur les personnes âgées et le lien qu'elles entretiennent avec l'état de santé relatif des Canadiens. Monsieur le président et sénateur Fairbairn, je me demande si, sous la rubrique générale de l'alphabétisation et de la santé des Canadiens, nous devrions un jour nous pencher sur l'importance de l'alphabétisation et de la corrélation entre elle et la santé à un âge très précoce de même que sur l'importance que revêt le fait de lire des livres aux enfants et de les encourager à lire. Les années de formation sont comparativement les plus importantes de la vie d'une personne, que ce soit entre deux et cinq ans, trois et six ans, ou je ne sais trop. Même s'il s'agit là d'un document très intéressant qui revêt une grande importance pour nous, nous devons tôt ou tard mettre l'accent sur les origines.

**Le président:** Soit dit en passant, c'était le véritable objet de ma question. En un sens, vous avez mis droit dans le mille. Il y a deux problèmes. Premièrement, il y a des personnes qui sont analphabètes ou dont les capacités de lecture et d'écriture sont insuffisantes. Deuxièmement, il y a la façon de savoir comment on peut éviter que la génération qui suit s'inscrive dans les tendances présentées par M. Murray.

**M. Murray:** Nous avons une série d'enquêtes. Nous avons abordé le problème précisément de cette façon. Il y a ce qu'on appelle l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, qui porte sur les enfants de zéro à douze ans, au départ. Nous les avons suivis dans une perspective longitudinale. Dans le cadre de l'enquête, nous avons procédé à des mesures directes, administré des tests de lecture et établi des liens avec diverses caractéristiques sociales, économiques et sanitaires.



**Senator Graham:** And habits.

**Mr. Murray:** And habits, including interaction with their parents and the parents' reading behaviours. That is complemented by a study launched in the last year that looks at a big sample of 15-year-olds and tests their literacy in a very elegant way, using the same kinds of tests we have used to test the entire adult population's skill level. We will follow those kids and see how much of their skill level can be related to their social and economic characteristics, looking backwards, and how much that skill conditions their access to the post-secondary system and eventually into the labour market, whenever they happen to get there, whether they go directly from high school or after some post-secondary career. That data system is happily mostly in place to explore the issues that you suggest.

The problem is that the skill demands in the labour market are going up so quickly and we have so few children relatively as a proportion of the population that there is an economic worry that there are not enough kids to fix the problem fast enough. The solution may lie in doing something with adults.

**Senator Fairbairn:** If I may, just for the interest of senators, this issue of early childhood has been directed to us from the ground rather than from the top. In the last few years, family literacy has probably become, in terms of those on the ground who are involved in this issue, the hottest button of any in Canada. We heard Dr. Mustard a while ago, and his paper of several years ago startled many people in this country. He showed not only that children were able to be imprinted with an interest and a love and an ability to learn from about 18 months on neurologically, but that if they got to the age of five or six and none of the stimuli had been available some of those windows would close and would never reopen. This is a very big consideration. When you hear about early childhood enhancement, that is part of it.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Murray, for attending. I loved having another mathematician before the committee.

Senators, I have three quick announcements. Some of the committee members had to leave, so I will also send these to you in memo form.

Particularly for all of those from the Atlantic, we are working on the changes in the EI bill aimed at seasonal workers next Wednesday. The minister will be here, along with several other witnesses.

**Le sénateur Graham:** Sans parler des habitudes.

**M. Murray:** Sans parler des habitudes, y compris l'interaction avec les parents et les comportements de ces derniers en matière de lecture. En guise de complément, il y a une étude que nous avons amorcée l'année dernière. Dans le cadre de cette étude, nous avons soumis, de façon très élégante, un important échantillon de jeunes âgés de 15 ans à des tests d'aptitude à lire et à écrire, à l'aide des mêmes genres de tests que ceux que nous avons utilisés pour établir le niveau de compétence de la population adulte tout entière. Nous allons suivre ces enfants et voir l'interaction rétrospective qu'on peut établir entre leur niveau de compétence et leurs caractéristiques sociales et économiques et la mesure dans laquelle ces compétences conditionnent leur accès au réseau postsecondaire et, à terme, au marché du travail, peu importe le moment où ils y arrivent, que ce soit directement après l'école secondaire ou après une forme ou une autre de carrière postsecondaire. Heureusement, le système de données nécessaires à l'exploration des enjeux que vous avez proposés est dans une large mesure déjà en place.

Le problème, c'est que la demande de compétences au sein du marché du travail augmente rapidement et que, en proportion de la population totale, il y a très peu d'enfants. C'est cette situation qui est à l'origine de l'inquiétude économique selon laquelle il n'y a pas assez d'enfants pour régler le problème assez rapidement. La solution consistera peut-être à travailler auprès des adultes.

**Le sénateur Fairbairn:** Si je puis me permettre, je précise, à l'intention des sénateurs, que la question de la prime enfance s'est posée directement à nous à partir de la base plutôt que du sommet. Au cours des dernières années, l'alphabétisation des familles est probablement devenue, du point de vue des personnes qui, sur le terrain, s'intéressent à la question, l'enjeu le plus brûlant au Canada. Il y a quelque temps, nous avons entendu le Dr. Mustard, et l'article qu'il a publié il y a quelques années a plongé dans la stupeur bon nombre de Canadiens. En effet, il a montré non seulement que les enfants, du point de vue neurologique, manifestent de l'intérêt pour la connaissance, aiment apprendre et sont en mesure de le faire dès l'âge de 18 mois, mais aussi que, à supposer qu'ils franchissent l'âge de cinq ou six ans sans stimulation, certaines fenêtres risquent de se fermer pour ne plus jamais se rouvrir. Il y a là matière à réflexion. Cette question s'inscrit de plain-pied dans celle de l'épanouissement des jeunes enfants.

**Le président:** Monsieur Murray, merci de votre participation. La présence d'un autre mathématicien devant le comité m'a fait plaisir.

Sénateurs, j'ai trois brèves annonces à faire. Certains membres du comité ont dû partir, de sorte que je vous en ferai également part au moyen d'une note de service.

À l'intention toute particulière des sénateurs de la région de l'Atlantique, je rappelle que nous étudierons mercredi prochain les modifications du projet de loi sur l'assurance-emploi visant les travailleurs saisonniers. La ministre sera ici accompagnée de quelques autres témoins.



Thursday, we are considering the health information highway. You have received a memo that we circulated today but will send out again and follow up with everyone. The memo asked to confirm August 22 and 23 as the two days we would meet in the summer to finalize the fourth report. It will have to be in the last several weeks in August. We need two consecutive days. Please let us know if those dates do not work. I will have the clerk follow up on that with you, because I really do want to lock that in.

Finally, and I will send this out in a memo as well, you will recall that we agreed to meet on Mondays to do the international teleconferences, because it was the only way to do it, and we agreed on the four Mondays. They are in the schedule sent out to you. I should inform you that on those four Mondays we will do Sweden, the Netherlands, Britain and Germany. We will do the U.S. in a regular time slot because we are in the same time zone. We will have to do one Tuesday night, because that is the only way to do Australia.

When I chaired the Banking, Trade and Commerce Committee, we did a two-hour videoconference with the governor of the central bank of New Zealand. We found that the only way to make it work with his schedule was to have us start about seven at night, which is eight in the morning his time. Therefore, we will add a Tuesday night in late May or early June. Between now and the middle of June, we will have one session devoted to each of six different countries.

I am setting all of that out just so you know what we have ahead of us. I would hope that we have a full agenda, particularly for all of us from the east, for next Wednesday.

The committee adjourned.

Jeudi, nous allons nous intéresser à l'autoroute de l'information relative à la santé. Vous avez reçu une note de service que nous avons distribuée hier, mais nous allons vous écrire de nouveau à ce sujet. Dans la note de service, on vous demande de confirmer les 22 et 23 août comme dates auxquelles nous allons nous réunir cet été pour mettre la dernière main au quatrième rapport. La réunion devra se tenir dans les dernières semaines du mois d'août. Nous avons besoin de deux jours consécutifs. Je vous prie de nous laisser savoir si ces dates ne vous conviennent pas. Je vais demander à la greffière d'effectuer un suivi auprès de vous parce que je dois vraiment régler cette question.

Enfin, et je vous écrirai également à ce sujet, nous avons convenu, vous vous en rappellerez, de nous réunir les lundis pour effectuer les téléconférences internationales, parce que c'était la seule façon de procéder que nous avions. Nous nous étions donc entendus pour quatre lundis. Les dates figurent dans le calendrier que vous avez reçu. Je profite de l'occasion pour vous informer que, au cours de ces quatre lundis, nous entendrons la Suède, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et l'Allemagne. Parce que les États-Unis font partie du même fuseau horaire que nous, nous pourrions convenir d'un moment dans l'horaire habituel. Nous devrions également nous réunir un mardi soir. En effet, c'est la seule façon de pouvoir entendre l'Australie.

À l'époque où je présidais le Comité sénatorial permanent des banques et du commerce, nous avons organisé une vidéoconférence de deux heures avec le gouverneur de la Banque centrale de la Nouvelle-Zélande. Nous avons constaté que la seule façon de nous accommoder de son emploi du temps consistait à nous réunir vers dix-neuf heures, soit à huit heures pour lui. Par conséquent, nous ajouterons un mardi soir à la fin mai ou au début de juin. Entre aujourd'hui et la mi-juin, nous consacrerons une séance à chacun de six pays différents.

Je précise ces détails d'ores et déjà pour vous donner une idée de ce qui nous attend. Je m'attends à ce que nous ayons un emploi du temps chargé mercredi prochain, en particulier pour ceux d'entre nous qui viennent de l'Est.

La séance est levée.









*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

#### WITNESSES—TÉMOINS

*From the Canadian Institutes of Health Research:*

Dr. Alan Bernstein, President.

*From Health Canada:*

Kimberly Elmslie, Acting Executive Director, Health  
Research Secretariat.

*From Statistics Canada:*

T. Scott Murray, Director General, Institutions and Social  
Statistics Branch.

*Des Instituts de recherche en santé du Canada:*

Dr Alan Bernstein, président.

*De Santé Canada:*

Kimberly Elmslie, directrice exécutive par intérim, Secrétariat  
de recherche en santé.

*De Statistique Canada:*

T. Scott Murray, directeur général, Direction de la statistique  
sociale et des institutions.



First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

**Social Affairs,  
Science and  
Technology**

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 2, 2001

**Issue No. 10**

**First and last meeting on:**

Bill C-2, An Act to amend the Employment  
Insurance Act and the Employment Insurance  
(Fishing) Regulations

**INCLUDING:**

THE FIFTH REPORT OF THE COMMITTEE  
(Bill C-2, An Act to amend the Employment  
Insurance Act and the Employment Insurance  
(Fishing) Regulations)

**APPEARING:**

The Honourable Jane Stewart, P.C., M.P.,  
Minister of Human Resources Development  
Canada

**WITNESSES:**  
(See back cover)

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

**Affaires sociales,  
des sciences  
et de la technologie**

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 2 mai 2001

**Fascicule n° 10**

**Première et dernière réunion concernant:**

Le projet de loi C-2, Loi modifiant la Loi  
sur l'assurance-emploi et le Règlement  
sur l'assurance-emploi (pêche)

**Y COMPRIS:**

LE CINQUIÈME RAPPORT DU COMITÉ  
(Le projet de loi C-2, Loi modifiant la Loi  
sur l'assurance-emploi et le Règlement  
sur l'assurance-emploi (pêche))

**COMPARAÎT:**

L'honorable Jane Stewart, c.p., députée,  
ministre du Développement des  
ressources humaines du Canada

**TÉMOINS:**  
(Voir à l'endos)

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

\* Carstairs, P.C.  
(or Robichaud, P.C.)  
Cook  
Cordy  
Fairbairn, P.C.  
Forrestall  
Graham, P.C.

\* Lynch-Staunton  
(or Kinsella)  
Morin  
Murray, P.C.  
Pépin  
Robertson  
Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Changes in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Morin substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*May 2, 2001*).

The name of the Honourable Senator Murray added (*May 1, 2001*).

The name of the Honourable Senator Cohen substituted for that of the Honourable Senator Forrestall (*April 26, 2001*).

The name of the Honourable Senator Murray's substitution pending (*April 26, 2001*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Morin (*April 26, 2001*).

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Hubley (*April 26, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-président:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

\* Carstairs, c.p.  
(ou Robichaud, c.p.)  
Cook  
Cordy  
Fairbairn, c.p.  
Forrestall  
Graham, c.p.

\* Lynch-Staunton  
(ou Kinsella)  
Morin  
Murray, c.p.  
Pépin  
Robertson  
Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 2 mai 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Murray est ajouté (*le 1<sup>er</sup> mai 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Cohen est substitué à celui de l'honorable sénateur Forrestall (*le 26 avril 2001*).

Le nom du remplacement de l'honorable sénateur Murray remplacement à venir (*le 26 avril 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 26 avril 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Hubley (*le 26 avril 2001*).



ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, April 24, 2001:

Second reading of Bill C-2, An Act to amend the Employment Insurance Act and the Employment Insurance (Fishing) Regulations.

The Honourable Senator Cordy moved, seconded by the Honourable Senator Chalifoux, that the Bill be read the second time.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The Bill was then read the second time.

The Honourable Senator Cordy moved, seconded by the Honourable Senator Robichaud, P.C., that the Bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 24 avril 2001:

Deuxième lecture du projet de loi C-2, Loi modifiant la Loi sur l'assurance-emploi et le Règlement sur l'assurance-emploi (pêche).

L'honorable sénateur Cordy propose, appuyée par l'honorable sénateur Chalifoux, que le projet de loi soit lu la deuxième fois.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Cordy propose, appuyée par l'honorable sénateur Robichaud, c.p., que le projet de loi soit renvoyé au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

*Le greffier du Sénat,*

Paul C. Bélisle

*Clerk of the Senate*

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

OTTAWA, Wednesday, May 2, 2001

(11)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 3:45 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Cohen, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Graham, P.C., Kirby, LeBreton, Morin, Murray, P.C., Robertson, Robichaud, P.C. and Roche (12).

*Other senators present:* The Honourable Senators Lawson and Tkachuk (2).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Kevin Kerr, from the Committees and Private Legislation Directorate: Catherine Piccinin, Clerk.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, April 24, 2001, the committee began its consideration of Bill C-2, An Act to amend the Employment Insurance Act and the Employment Insurance (Fishing) Regulations.

**APPEARING:**

The Honourable Jane Stewart, P.C., M.P., Minister of Human Resources Development Canada.

**WITNESSES:**

*From Human Resources Development Canada:*

Claire Morris, Deputy Minister;

Wilma Vreeswijk, Acting Director General, Labour Market Policy;

Gordon W. McFee, Director, Policy and Legislative Development;

Luc Leduc, Counsel, Legal Services.

*From the Department of Finance Canada:*

Réal Bouchard, Director, Social Policy Division.

*From the Office of the Auditor General of Canada:*

Sheila Fraser, Interim Auditor General of Canada;

Nancy Chen, Principal Director, Audit Operations Branch;

John Hodgins, Principal Director, Audit Operations Branch.

*From the Canadian Labour Congress:*

Kevin Hayes, Senior Economist;

Nancy Riche, Secretary-Treasurer.

*From the Canadian Restaurant and Foodservices Association:*

Joyce Reynolds, Senior Director of Government Affairs;

Mike Ferrabee, Vice-President, Government Affairs.

The minister made a statement. The minister and Mr. Bouchard answered questions.

**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le mercredi 2 mai 2001

(11)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 45, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Cohen, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Graham, c.p., Kirby, LeBreton, Morin, Murray, c.p. Robertson, Robichaud, c.p. et Roche (12).

*Autres sénateurs présents:* Les honorables sénateurs Lawson et Tkachuk (2).

*Également présents:* De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement: Kevin Kerr, et de la Direction des comités et de la législation privée: Catherine Piccinin, greffière.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 avril 2001, le comité entame son examen du projet de loi C-2, Loi modifiant la Loi sur l'assurance-emploi et le Règlement sur l'assurance-emploi (pêche).

**COMPARAÎT:**

L'honorable Jane Stewart, c.p., députée, ministre du Développement des ressources humaines du Canada.

**TÉMOINS:**

*De Développement des ressources humaines Canada:*

Claire Morris, sous-ministre;

Wilma Vreeswijk, directrice générale intérimaire, Politiques du marché du travail;

Gordon W. McFee, directeur, Développement des politiques et législation;

Luc Leduc, avocat, Services juridiques.

*Du ministère des Finances du Canada:*

Réal Bouchard, directeur, Division de la politique sociale.

*Du Bureau du vérificateur général du Canada:*

Sheila Fraser, vérificatrice générale du Canada par intérim;

Nancy Chen, directrice principale, Opérations de vérification;

John Hodgins, directeur général, Opérations de vérification.

*Du Congrès du travail du Canada:*

Kevin Hayes, économiste principal;

Nancy Riche, secrétaire-trésorière.

*De l'Association canadienne des restaurateurs:*

Joyce Reynolds, directrice principale, Affaires gouvernementales;

Mike Ferrabee, vice-président, Affaires gouvernementales.

La ministre fait une déclaration, puis la ministre et M. Bouchard répondent aux questions.

Ms Fraser made a statement and answered questions.

Mr. Ferrabee, Ms Reynolds and Ms Riche made a presentation. The witnesses answered questions from the Senators.

It was agreed — That the Chair write a letter on behalf of the committee, to the Minister of Finance with a copy to the Minister of Human Resources Development Canada, asking to be involved in the consultation to take place for the rate-setting process.

After debate,

It was agreed — That the draft recommendations presented to the committee be revised as discussed, finalized and approved by the Steering Committee before being appended to the report.

It was moved by the Honourable Senator LeBreton — That the Chair report Bill C-2, without amendment but with observations, to the Senate.

The question being put on the motion — It was agreed.

The committee discussed problems occurring on Wednesdays when the Senate does not adjourn at 3:30 p.m.

It was agreed — That the Chair do a motion, when deemed necessary and appropriate, to get permission for the committee to meet while the Senate is sitting.

The following witnesses submitted a brief: Human Resources Development Canada, Office of the Auditor General of Canada, Canadian Labour Congress and the Canadian Restaurant and Foodservices Association.

At 6:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Mme Fraser fait un exposé, puis répond aux questions.

M. Ferrabee, Mme Reynolds et Mme Riche font un exposé. Les témoins répondent ensuite aux questions des sénateurs.

Il est entendu — Que la présidence écrira au nom du comité une lettre au ministre des Finances avec double à la ministre du Développement des ressources humaines pour demander à être inclus dans la consultation visant le processus d'établissement des taux.

Après débat,

Il est entendu — Que l'ébauche des recommandations présentée au comité est modifiée en fonction de ce qu'a dit, finalisé et approuvé le comité directeur avant d'être annexée au rapport.

Il est proposé par l'honorable sénateur LeBreton — Que la présidence fasse rapport au Sénat du projet de loi C-2 sans amendement, mais avec des observations.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le comité discute de problèmes qui surviennent le mercredi, quand le Sénat ne s'ajourne pas à 15 h 30.

Il est entendu — Que la présidence présente, lorsqu'elle le juge nécessaire et opportun, une motion demandant l'autorisation de faire siéger le comité pendant une séance du Sénat.

Les témoins qui suivent ont présenté un mémoire: Développement des ressources humaines Canada, Bureau du vérificateur général du Canada, Congrès du travail du Canada et Association canadienne des restaurateurs.

À 18 h 20, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

*La greffière suppléante du comité,*

Josée Thérien

*Acting Clerk of the Committee*



**REPORT OF THE COMMITTEE**

Thursday, May 3, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

**FIFTH REPORT**

Your Committee, to which was referred Bill C-2, An Act to amend the Employment Insurance Act and the Employment Insurance (Fishing) Regulations, has, in obedience to the Order of Reference of Tuesday, April 24, 2001, examined the said Bill and now reports the same without amendment.

Attached as an Appendix to this Report are the observations of your Committee.

Respectfully submitted,

*Le président,*

MICHAEL KIRBY

*Chair*

**RAPPORT DU COMITÉ**

Le jeudi, le 3 mai 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

**CINQUIÈME RAPPORT**

Votre Comité, auquel a été déféré le Projet de loi C-2, Loi modifiant la Loi sur l'assurance-emploi et le Règlement sur l'assurance-emploi (pêche) a, conformément à l'ordre de renvoi du mardi 24 avril 2001, étudié ledit projet de loi et en fait maintenant rapport sans amendement.

Ont été jointes en annexe au présent rapport les observations de votre Comité.

Respectueusement soumis,

APPENDIX

To the Fifth Report of the Standing Committee on Social Affairs,  
Science and Technology

**Bill C-2, An Act to amend the Employment Insurance Act  
and the  
Employment Insurance (Fishing) Regulations**

**Observations**

Based on our hearings, it is quite apparent that a serious concern exists with respect to the government's proposal to remove the responsibility from the Canada Employment Insurance Commission to set the premium rate in the years 2002 and 2003. This proposal would circumvent the premium rate-setting objectives outlined in section 66 of the *Employment Insurance Act* which require the premium rate to be set annually so as to ensure that there is enough revenue over a business cycle to cover the costs of Employment Insurance and to ensure that the premium rate is relatively stable over the same period. Our witnesses objected strongly to clause 9 of the bill and supported the continued role of the Canada Employment Insurance Commission in setting the premium rate for the years 2002 and 2003.

Our witnesses reminded us of the size of the "reserve" in the Employment Insurance Account which exceeded \$35 billion at the end of 2000-01. This is well above twice that estimated by the Chief Actuary of Employment Insurance to achieve the premium rate-setting objectives under the act.

While the Committee fully acknowledges that the "reserve" in the Employment Insurance Account is a notional one, the Committee believes that the size of the reserve today — and it follows the premium rate - is excessive in terms of that required to satisfy the intent of the act. Ms. Sheila Fraser, the Interim Auditor General of Canada, told the Committee "[i]n the meantime, the balance of the EI Account has continued to grow. It is likely to exceed \$35 billion at the end of March 2001. At that level, as Mr. Desautels has already mentioned, we would be hard pressed to conclude that the intent of the law has been respected." It is for this reason the Committee strongly suggests that in setting the premium rate for the years 2002 and 2003 that the government move now to establish a revenue neutral premium rate, as estimated by the Chief Actuary of Employment Insurance.

ANNEXE

Au cinquième rapport du Comité permanent des affaires sociales,  
des sciences et de la technologie

**Projet de loi C-2, Loi modifiant la Loi sur l'assurance-emploi  
et  
le Règlement sur l'assurance-emploi (pêche)**

**Observations**

Nos audiences révèlent les grandes inquiétudes que suscite la proposition du gouvernement de retirer à la Commission de l'assurance-emploi du Canada la responsabilité de fixer le taux de cotisation pour les années 2002 et 2003. Cette proposition escamote les objectifs établis à l'article 66 de la *Loi sur l'assurance-emploi*, lequel exige que le taux de cotisation soit fixé annuellement afin que les recettes soient suffisantes au cours d'un cycle économique pour couvrir le coût de l'assurance-emploi et afin que le taux de cotisation soit relativement stable pendant la période. Les témoins entendus s'opposent vivement à l'article 9 du projet de loi et souhaitent que la Commission de l'assurance-emploi du Canada continue de fixer le taux de cotisation pour les années 2002 et 2003.

Les témoins ont tenu à souligner la taille de la «réserve» du Compte d'assurance-emploi, qui dépassait 35 milliards de dollars à la fin de 2000-2001, soit plus de deux fois le montant jugé nécessaire par l'Actuaire en chef de l'assurance-emploi afin de réaliser les objectifs de la Loi touchant les taux de cotisation.

Le Comité sait très bien que cette « réserve » n'est que théorique, mais il estime néanmoins que le montant qu'elle atteint de nos jours — et partant le taux de cotisation — est excessif en regard de ce qui est nécessaire pour respecter l'intention de la loi. Mme Sheila Fraser, vérificatrice générale du Canada par intérim, a déclaré au Comité: «Entre temps, le solde du compte de l'assurance-emploi a poursuivi sa croissance. Il dépassait probablement les 35 milliards de dollars à la fin de mars 2001. À ce niveau, comme M. Desautels l'a déjà mentionné, il nous sera très difficile de conclure que l'esprit de la loi est respecté.». C'est pour ces raisons que le Comité suggère fortement que le gouvernement agisse dès maintenant afin d'établir un taux de cotisation sans incidence sur les recettes pour les années 2002 et 2003, en tenant compte des estimations de l'Actuaire en chef de l'assurance-emploi.

## EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 2, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-2, to amend the Employment Insurance Act and the Employment Insurance (Fishing) Regulations, met this day at 3:45 p.m. to give consideration to the bill.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, we have a quorum. I will bend the rules a little because the people over there are not running the place properly. We were told categorically that the Senate would adjourn at 3:30 p.m. We do have the minister here and I do not like wasting the time of ministers.

We are dealing today with Bill C-2, an Act to amend the Employment Insurance Act and the Employment Insurance (Fishing) Regulations, an act of not insignificant consequence for the East Coast, from where a number of senators present come. As Senator Lawson is here, the West Coast is also represented. We have the country covered from sea to sea.

Our first witness is the Honourable Jane Stewart, Minister of Human Resources Development. She has with her a number of officials.

Thank you for the coming, minister. Please proceed with your opening statement and we will then go to questions.

**The Honourable Jane Stewart, Minister of Human Resources Development Canada:** Thank you, Mr. Chairman and honourable senators, for the opportunity to appear before you on legislation that is important to me.

With me today are Deputy Minister Claire Morris; Wilma Vreeswijk, Acting Director General of Labour Market Policy; Gordon McFee, Director of Policy and Legislative Development; Luc Leduc, Counsel, Legal Services and from the Department of Finance, Réal Bouchard, Director of Social Policy.

The amendments contained in Bill C-2 are very important because they will help to make the Employment Insurance Program responsive to the needs of working Canadians.

[*Translation*]

Back in 1996, we made the change from Unemployment Insurance to Employment Insurance. The overall goal was to shift the emphasis from passive income support for unemployed workers towards active measures to get them back to work as quickly as possible.

[*English*]

The 1996 reforms introduced a number of active measures, delivered through the provinces and territories, to provide support in such areas as training, as well as a number of other changes designed to encourage a greater attachment to the workforce. A family supplement was also introduced to help claimants from low-income families with children. Under Employment Insurance,

## TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 2 mai 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel a été renvoyé le projet de loi C-2, Loi modifiant la Loi sur l'assurance-emploi et le Règlement sur l'assurance-emploi (pêche), se réunit aujourd'hui à 15 h 45, pour examiner le projet de loi en question.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Nous avons le quorum. Je contournerai un peu le Règlement à cause du Sénat. On nous avait affirmé que le Sénat s'ajournerait à 15 h 30. La ministre est ici et j'ai horreur de faire perdre leur temps aux ministres.

Nous examinons aujourd'hui le projet de loi C-2, Loi modifiant la Loi sur l'assurance-emploi et le Règlement sur l'assurance-emploi (pêche), qui n'est pas sans conséquences pour les habitants de la côte Est, région dont proviennent plusieurs sénateurs ici présents. Comme le sénateur Lawson est ici, la côte Ouest est également représentée. Ainsi, tout le pays est représenté.

Notre premier témoin est l'honorable Jane Stewart, ministre du Développement des ressources humaines. Elle est accompagnée de plusieurs fonctionnaires.

Merci, madame la ministre. Veuillez faire votre exposé liminaire, après quoi nous passerons aux questions.

**L'honorable Jane Stewart, ministre du Développement des ressources humaines du Canada:** Je vous remercie de l'occasion que vous me donnez de comparaître devant vous pour vous parler d'un projet de loi auquel j'attache beaucoup d'importance.

Les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui sont la sous-ministre Claire Morris, Wilma Vreeswijk, directrice générale intérimaire des Politiques du marché du travail, Gordon McFee, directeur du Développement des politiques et législation, Luc Leduc, avocat, Services juridiques, et Réal Bouchard, directeur de la Politique sociale du ministère des Finances.

Les modifications inscrites dans le projet de loi C-2 sont très importantes car elles contribueront à faire en sorte que le régime d'assurance-emploi soit mieux adapté aux besoins des travailleurs canadiens.

[*Français*]

En 1996, nous avons transformé l'assurance-chômage en assurance-emploi. Nous nous étions donné comme objectif général de mettre l'accent, non pas sur le soutien passif du revenu des chômeurs, mais plutôt sur des mesures actives visant à les aider à réintégrer le marché du travail et ce, le plus rapidement possible.

[*Traduction*]

Dans le cadre des réformes de 1996, on a introduit un certain nombre de mesures actives, mises en oeuvre par les provinces et les territoires, pour assurer aux travailleurs un soutien dans le domaine de la formation, par exemple, et un certain nombre d'autres modifications conçues pour favoriser une participation plus forte au marché du travail. On a aussi établi un supplément



claimants in that category can receive up to 80 per cent of their insured earnings as opposed to the normal 55 per cent benefit.

At the time, we realized that making such fundamental changes would also mean that we would have to monitor the program very closely to ensure that it was working effectively and achieving the intended results. We set up a system of monitoring and assessment to track the impacts of all the changes and report them to the department and to Parliament.

One of the things this legislation will do is extend that very important work of monitoring and assessing until the year 2006. The annual monitoring and assessments reports have shown that, taken together, the reform is working well. However, those reports have also shown us that there are some specific areas that need improvement, areas where the 1996 changes have not had the intended effect.

First is the intensity rule. Designed to promote work attachment, the rule has not been effective. In fact, it had the unintended effect of being punitive, particularly for people living in areas with very limited opportunities for work. We know this from the annual monitoring and assessment reports which show that the proportion of frequent claimants has remained relatively stable before and after the reform, at 40 per cent of all claimants. We also know this from listening to workers in seasonal industries. Therefore, if senators agree with this legislation, the intensity rule will be eliminated retroactive to October 1, 2000.

Changes are also needed in the repayment provision of the act known as the clawback, which was introduced to discourage claimants with higher incomes from repeatedly collecting benefits. People in that situation are required to repay a portion of the EI benefit that takes them over a certain income level. We still believe that it is a good idea to discourage higher income individuals from making repeat claims. However, to ensure that the provision is properly targeted at higher income workers, all those who earn less than \$48,750 will no longer have to repay benefits.

At the same time, we are also exempting entirely certain categories of claimants from the provision. For example, it will no longer apply to first-time claimants who are obviously not repeat claimants. Also, those receiving maternity, parental or sickness benefits will no longer have to repay any of their benefits. Parents who stay home with their newborn children, or workers who are too sick to work, are clearly not dependent on EI.

familial pour venir en aide aux prestataires à faible revenu qui ont des enfants. En vertu de l'assurance-emploi, les prestataires qui entrent dans cette catégorie peuvent toucher jusqu'à 80 p. 100 de leur rémunération assurable, par opposition aux 55 p. 100 habituels.

À l'époque, nous avons cependant compris que l'adoption de changements aussi fondamentaux allait nous obliger à suivre l'évolution du régime de très près pour veiller à ce qu'il fonctionne bien et donne les résultats escomptés. Nous avons mis sur pied un système de contrôle et d'évaluation pour mesurer les conséquences de toutes ces modifications et en faire rapport au ministère et au Parlement.

Le projet de loi à l'étude aura notamment pour effet de reconduire jusqu'en 2006 ces travaux de grande importance. Les rapports annuels de contrôle et d'évaluation ont montré que, dans l'ensemble, la réforme fonctionne bien. Cependant, ils ont également révélé qu'il y a place à l'amélioration dans certains secteurs précis, ceux pour lesquels les modifications apportées en 1996 n'ont pas produit les résultats escomptés.

D'abord il y a la règle de l'intensité; établie pour favoriser la participation au marché du travail, cette règle ne donne rien. En fait, elle a l'effet non intentionnel de pénaliser certains travailleurs, et en particulier ceux qui vivent dans les régions où les possibilités d'emploi sont très limitées. C'est ce que nous avons appris à la lecture des rapports annuels de contrôle et d'évaluation. En effet, les données mettent en évidence le caractère immuable de la proportion de prestataires fréquents, par rapport à l'ensemble des prestataires; le pourcentage, établi à 40 p. 100 avant la réforme, n'a pas diminué depuis. Les travailleurs saisonniers nous ont également signalé ce fait. Si les sénateurs approuvent ce projet de loi, la règle de l'intensité sera donc supprimée, rétroactivement au 1<sup>er</sup> octobre 2000.

On doit également apporter des modifications à la disposition de remboursement de la loi, connue sous le nom de «récupération», mise en place pour dissuader les demandeurs à revenu élevé de toucher souvent des prestations. Les personnes dans cette situation doivent rembourser une partie des prestations d'assurance-emploi qui font passer leurs revenus au-dessus d'un certain seuil. Nous demeurons convaincus qu'il y a lieu de décourager les personnes à revenu élevé de présenter des demandes à répétition. Par ailleurs, pour que la disposition vise comme il se doit les travailleurs à revenu élevé, nous proposons de dégager les personnes qui gagnent moins de 48 750 \$ de l'obligation de rembourser les prestations.

En même temps, nous exonérons tout à fait certaines catégories de prestataires. Par exemple, la mesure ne s'appliquera plus aux personnes qui présentent une demande de prestations pour la première fois car, de toute évidence, elles ne sont pas des prestataires fréquents. De la même façon, les personnes qui touchent des prestations de maternité, de maladie ou encore des prestations parentales ne seront plus tenues de rembourser une partie des prestations. Il est évident que les parents qui demeurent à la maison pour s'occuper d'un nouveau-né, ou les personnes trop malades pour travailler, ne dépendent pas de l'assurance-emploi.

Another important change in 1996 was to increase the eligibility requirements for new entrants and re-entrants to the program. The idea was to discourage young people from getting into a cycle of dependency on Employment Insurance, something that was identified as a real problem with the old system. However, parents who come back into the workforce after an extended absence to raise their children are being treated in the same way as new entrants who had no labour force attachment, although they often had significant previous work experience.

The bill will adjust the new entrant and/or re-entrant provision to ensure that parents returning to the workforce will qualify for regular benefits with the same number of hours as all other claimants.

Finally, there is an issue of how premium rates are set. As I am sure honourable senators know, the House of Commons Standing Committee on Finance and the Auditor General recommended revising how the rates were set. In fact, in December 1999 the Standing Committee on Finance recommended:

...the federal government should consider revising the accounting practices related to Employment Insurance and the manner in which the premiums are set. Specifically, it should contemplate a rate setting procedure based on a forward-looking basis.

The government also agrees that such a review of the premium setting mechanism is warranted. As such, this review will be carried out over the next two years and it will led by the Department of Finance and supported by my department.

Following the release of a position paper this fall, the government will consult with interested individuals and groups, members of the House of Commons and the Senate and the Employment Insurance Commission, which has representatives of both employers and employees.

[Translation]

To ensure predictability and stability in the premiums while the review is being completed, rates would be set by the Governor in Council.

[English]

I should add that those rates have been dropping steadily since 1994 when the rate was \$3.07 per \$100 of insurable earnings. Last December we announced a further reduction from \$2.40 to \$2.25. That means that, at the new rate, employees and employers will save about \$6.4 billion in 2001 compared to the 1994 rate.

[Translation]

I believe what we have with this legislation are balanced proposals to make a good system even better.

Le resserrement des conditions d'admissibilité imposées aux personnes qui deviennent ou redeviennent membres de la population active a constitué un autre volet important des modifications apportées en 1996. La mesure visait à dissuader les jeunes de s'engager dans un cycle de dépendance à l'égard de l'assurance-emploi, situation qui, dans l'ancien régime, était devenue un vrai problème. Cependant, les parents qui réintégraient le marché du travail après une absence prolongée pour élever leurs enfants étaient traités de la même façon que les nouveaux membres de la population active, même si, souvent, ils avaient une expérience professionnelle considérable.

Ce projet de loi modifiera la disposition visant les personnes qui deviennent ou redeviennent membres de la population active, de façon à ce que les parents qui réintègrent le marché du travail n'aient pas à accumuler plus d'heures de travail que les autres prestataires pour avoir droit à des prestations régulières.

Il y a enfin la question du mode d'établissement des taux de cotisation. Comme le savent sans doute les honorables sénateurs, le Comité permanent des finances de la Chambre des communes et le vérificateur général ont recommandé la révision du mode d'établissement des taux. De fait, en décembre 1999, le Comité permanent des finances recommandait:

[...] le gouvernement fédéral devrait envisager de revoir les pratiques comptables relatives à l'assurance-emploi et le mode de calcul des cotisations. Il devrait en particulier envisager les mesures suivantes: une procédure d'établissement des cotisations fondée sur les dépenses à venir.

Le gouvernement convient du bien-fondé d'une telle révision du mécanisme d'établissement des cotisations. Au cours des deux prochaines années, le ministère des Finances dirigera ces travaux de révision, avec le concours de mon ministère.

La publication d'un exposé de principes cet automne sera suivie de consultations auprès des personnes et des groupes intéressés, des députés et des sénateurs, et de la Commission de l'assurance-emploi, composée de représentants des salariés et des employeurs.

[Français]

Pour nous assurer que les primes restent stables et prévisibles, c'est le gouverneur en conseil qui établirait les taux de cotisation jusqu'à la fin de l'examen.

[Traduction]

J'en profite pour souligner que ce taux a diminué régulièrement depuis 1994. À l'époque, le taux de cotisation s'établissait à 3,07 \$ par tranche de 100 \$ de rémunération assurable. En décembre dernier, nous avons annoncé une nouvelle réduction du taux, qui est passé de 2,40 \$ à 2,25 \$. Les employeurs et les salariés réaliseront donc en 2001 une économie d'environ 6,4 milliards de dollars par rapport au taux de 1994.

[Français]

Je crois que le projet de loi renferme des propositions équilibrées visant à bonifier un régime qui fonctionne bien.



[English]

This is not the first time we have made adjustments. In 1997, for example, we introduced the “Small Weeks” pilot project, and in December of last year we provided greater support to parents in balancing work and family responsibilities by enhancing Employment Insurance maternity and parental benefits.

I have made a point of meeting Canadians across Canada — in New Brunswick, Quebec, Ontario and British Columbia — and hearing their views on Employment Insurance. With a program of this size and scope there will always be room for improvement and fine tuning to ensure the program is evolving with changing labour market realities.

[Translation]

So the work continues as it should to ensure we have a responsive EI program.

[English]

Last fall, Canadians let us know that they supported the government in its willingness to bring forward these important changes. Today, I am pleased to present these amendments to the honourable senators on this committee. With your support we will be able to move forward and implement these changes that will benefit workers almost immediately upon passage.

[Translation]

I look forward to your comments.

[English]

**Senator Murray:** I have just a few questions to begin.

I tipped my hand on my first question to your cabinet colleague, Senator Carstairs, a while back. It concerns the judgment of a tribunal in Winnipeg to the effect that the EI laws are unfair to women because, as primary caregivers, it is harder for them to work the hours needed to qualify. The tribunal found that the EI laws violate the equality provisions of the Charter.

Your options seem to be — and you can correct me if I am wrong — to appeal the decision to the Federal Court of Appeal or to change the law.

Have you decided which course to take?

**Ms Stewart:** Indeed, senator, we have received the judgment of the umpire in the case of Ms Lesiuk and are reviewing it in the greatest of detail. We will be making our decision known very soon. However, you will be aware that we have already made changes to the act, particularly with regard to the number of hours required for special benefits. As you know, originally the requirement was 700 hours. It is now 600. We are reviewing the

[Traduction]

Ce n'est pas la première fois que nous procédons à des rajustements. En 1997, par exemple, nous avons lancé le projet pilote des «petites semaines» et en décembre dernier, nous avons assuré un meilleur soutien aux parents qui jonglent avec des responsabilités tant professionnelles que familiales, en majorant les prestations de maternité et les prestations parentales versées en vertu de l'assurance-emploi.

J'ai tenu à rencontrer la population canadienne un peu partout au pays, à savoir au Nouveau-Brunswick, au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique, pour connaître son opinion sur l'assurance-emploi. Un programme de cette taille et de cette envergure se prête toujours à des améliorations et à des mises au point qui en assurent l'évolution au rythme des changements sur le marché du travail.

[Français]

Ainsi, le travail se poursuit comme il se doit pour nous doter d'un régime d'assurance-emploi adapté à nos besoins.

[Traduction]

L'automne dernier, les Canadiennes et les Canadiens nous ont signifié qu'ils appuyaient le gouvernement dans sa résolution d'aller de l'avant avec ces importants changements. Aujourd'hui, je suis heureuse de vous faire part de ces changements, honorables sénateurs, car votre appui nous permettra d'aller de l'avant et de mettre en vigueur ces nouvelles modalités d'application dont profiteront les travailleurs et les travailleuses, presque tout de suite après leur adoption.

[Français]

Je serai heureuse de recevoir vos commentaires.

[Traduction]

**Le sénateur Murray:** Je n'ai que quelques questions à poser.

J'ai dévoilé involontairement ma première question à votre collègue du parti ministériel, le sénateur Carstairs, il y a quelque temps. Elle concerne le jugement qui a été rendu par un tribunal de Winnipeg, à savoir que la législation sur l'assurance-emploi avait des conséquences injustes pour les femmes qui, du fait qu'elles sont les principales dispensatrices de soins, éprouvent davantage de difficultés que les hommes à accumuler le nombre d'heures de travail nécessaires pour être admissibles. Le tribunal a décrété que la législation sur l'assurance-chômage allait à l'encontre des dispositions de la Charte concernant l'égalité.

Vos options semblent être — et vous pouvez rectifier si je me trompe — d'en appeler de cette décision devant la Cour d'appel fédérale ou de modifier la loi.

Avez-vous pris une décision à ce sujet?

**Mme Stewart:** Nous avons effectivement reçu le jugement de l'arbitre sur l'affaire Lesiuk et nous l'examinons à la loupe. Nous ferons bientôt part de notre décision. Nous vous signalons toutefois que nous avons déjà apporté des modifications à la loi, et plus particulièrement en ce qui concerne le nombre d'heures de travail nécessaires pour avoir droit aux prestations spéciales. Comme vous le savez, initialement, il fallait avoir travaillé



decision, as you can imagine, and we will respond with our assessment very soon.

**Senator Murray:** Do you think the changes being made here might satisfy the objections of the tribunal?

**Ms Stewart:** I do not want to comment in the context of the *Lesiuk* case, as you can understand. However, in the context of recognizing the importance of the challenges that exist between workplace and family, I am very proud of some of the changes we have made, not the least of which is the change in the number of hours required to receive special benefits. There is also the doubling of parental benefits which ensures that Canadian parents have the choice of staying home for up to a year with newborn children.

As well, with regard to re-entrants, we have come to appreciate that women, in particular, often have a very strong attachment to the workplace. If they leave employment to raise their families, come back into the workplace and then find themselves in the situation of needing Employment Insurance, rather than treat them as new entrants we will trace their careers and recognize that because they have, in the past, had a strong attachment to the workforce they should be dealt with on the basis of the entrance requirements associated with such Canadians.

**Senator Murray:** You have 30 days to decide whether to appeal. That time must be running out very soon.

**Ms Stewart:** That is indeed the case and we will be making our decision very soon.

**Senator Murray:** With regard to the premium setting process and the provision in the bill that the Governor in Council will set the premiums for the years 2002 and 2003, you have told us that the reason for doing this is that you are undertaking a review of the premium setting mechanism to be carried out over the next two years, led by the Department of Finance and supported by your department. That answers two or three of the questions I wanted to ask, but I still wonder what issues are subject to review. The process seems quite simple, as set out in the current act.

You refer to what the Auditor General says. In a nutshell, he says that the process should be more transparent. He wants to know on what basis the commission formulates its recommendations. You refer to the commons committee, which has a somewhat different view, not about transparency but about the criteria. What issues specifically are being reviewed? I presume it is an interdepartmental committee?

**Ms Stewart:** As you point out, senator, we are responding to what is becoming quite a common point of view, that the premium setting structure and process must be reconsidered in the context of modern times.

700 heures. Maintenant, c'est 600. Nous examinons le jugement, comme vous pouvez l'imaginer, et nous donnerons notre avis d'ici peu.

**Le sénateur Murray:** Pensez-vous que les modifications en cours sont susceptibles de satisfaire le tribunal?

**Mme Stewart:** Vous comprenez certainement que je ne tiens pas à faire de commentaires dans le contexte de l'affaire *Lesiuk*. Cependant, pour ce qui est de reconnaître l'importance des difficultés de concilier les activités professionnelles et la famille, je suis très fière de certains des changements qui ont été apportés, et surtout de la modification du nombre d'heures de travail requises pour recevoir des prestations spéciales. On a doublé par ailleurs le montant des prestations parentales, ce qui laisse aux parents le choix de rester au foyer pendant une année pour prendre soin d'un nouveau-né.

En outre, en ce qui concerne les personnes qui réintègrent la population active, nous nous sommes rendu compte que les femmes en particulier ont des liens très forts avec le marché du travail. Si elles quittent leur emploi pour élever leur famille, reviennent sur le marché du travail, puis se trouvent dans une situation où elles ont besoin de l'assurance-emploi, au lieu de les traiter comme de nouveaux venus, nous tiendrons compte de leurs activités professionnelles antérieures et reconnaitrons que, parce qu'elles ont déjà été très actives sur le marché du travail, il convient de les soumettre aux normes d'admissibilité applicables dans ce genre de cas.

**Le sénateur Murray:** Vous avez 30 jours pour décider si vous faites appel. L'échéance sera bientôt écoulée.

**Mme Stewart:** C'est un fait, et nous prendrons une décision sans tarder.

**Le sénateur Murray:** En ce qui concerne le processus d'établissement des taux de cotisation et la disposition du projet de loi qui spécifie que c'est le gouverneur en conseil qui fixera les taux des cotisation pour 2002 et 2003, vous nous avez dit que vous proposez ce changement parce que vous entamez un examen du mécanisme d'établissement des taux de cotisation, qui devrait durer deux ans et qui se déroulera sous la direction du ministère des Finances, avec le concours de votre ministère. Vous avez ainsi répondu à deux ou trois des questions que je comptais poser mais je me demande toujours sur quels points porte l'examen. Le processus semble assez simple, d'après les dispositions actuelles de la loi.

Vous avez parlé des opinions du vérificateur général. En bref, il a dit que le processus devrait être transparent. Il veut savoir sur quoi la commission se base pour formuler ses recommandations. Vous avez parlé du comité de la Chambre des communes dont les opinions sont quelque peu différentes, pas en ce qui concerne la transparence mais en ce qui concerne les critères. Quels points précis est-on en train d'examiner? Je présume que c'est un comité interministériel qui s'en charge.

**Mme Stewart:** Comme vous le signalez, sénateur, nous prenons cette initiative en raison de l'opinion de plus en plus répandue que le système et le processus d'établissement des taux de cotisation doivent être réexaminés dans un contexte contemporain.

The Minister of Finance will be leading the consultations and the assessment. The department will be in a supporting position.

Perhaps Mr. Bouchard would like to make some comments in the context of preparations for consultations and the paper that will be provided in the fall for consideration.

**Mr. Réal Bouchard, Director, Social Policy, Department of Finance:** Honourable senators, the purpose of the review is to establish a way of setting premiums differently from what we do now.

Two fundamental objectives will be pursued. The first is a premium rate-setting procedure to ensure that the premium rate covers program costs only. The second objective is to ensure stability in the premium rate over what economists would call a business cycle.

There is a trade-off between covering only program costs and ensuring stability. Those are the two objectives that will be pursued in setting out the issues and alternative ways of setting the premium rate.

**The Chairman:** This paper will be made publicly available in September or October, but is the intent to make it a public document? It is not an internal government document, is it?

**Mr. Bouchard:** That is right. The paper is to be released in the fall and we will set out a consultation plan to describe the way in which the views of interested parties will be heard. Our plan is to hear those views next year.

**The Chairman:** Does a change to the rate-setting process require a change in legislation? In other words, once you go through this process, will you then have to change the bill?

**Mr. Bouchard:** If the changes are significant legislation will be required once the review is complete and once the report has been tabled in Parliament.

**The Chairman:** Are you referring to the report after the consultation procedure?

**Mr. Bouchard:** Parliament will be informed of the results of the review.

**The Chairman:** As a piece of advice, consultations can go on forever. Generally, one can get 80 per cent of what one needs in the first two months. You said "next year." I believe you ought to complete the consultations by Christmas, get the results and solve the problem as opposed to letting it stretch out.

**Ms Stewart:** That is why we prepared for a two-year window in the process, recognizing that this is a topic of broad interest and that the Minister of Finance will play a lead role. However, recognizing the potential for legislation, we felt that we needed to take two years.

**Senator Murray:** The Auditor General is not the legal adviser to the government but he has considered the present law, examined the current level of premiums and the size of the surplus

Le ministre des Finances prendra la direction des consultations et de l'évaluation. Mon ministère apportera sa collaboration.

M. Bouchard pourrait peut-être faire quelques commentaires sur les travaux préparatoires aux consultations et sur le document qui sera publié cet automne.

**M. Réal Bouchard, directeur, Politique sociale, ministère des Finances:** Honorables sénateurs, l'objectif de cet examen est d'instaurer un système d'établissement des taux de cotisation différent du système actuel.

On s'est fixé deux objectifs fondamentaux: le premier est d'instaurer un système d'établissement des taux de cotisation qui ne couvre que les coûts du programme. Le deuxième objectif est de garantir la stabilité des taux au cours de ce que les économistes appellent un cycle économique.

Il s'agit à la fois de couvrir uniquement les coûts du programme tout en garantissant une certaine stabilité. Ce sont les deux objectifs qui seront visés dans le cadre des efforts qui seront déployés pour régler les problèmes et trouver d'autres formules d'établissement des taux de cotisation.

**Le président:** Ce document paraîtra au mois de septembre ou d'octobre mais comptez-vous en faire un document public? N'est-ce pas un document interne?

**M. Bouchard:** C'est cela. Le document doit paraître à l'automne et nous établirons un plan de consultation pour expliquer la façon dont les parties intéressées seront consultées. Nous prévoyons tenir des audiences l'année prochaine.

**Le président:** Est-ce qu'un changement de processus d'établissement des taux de cotisation nécessite des modifications à la loi? Autrement dit, lorsque le processus sera terminé, devrez-vous modifier le projet de loi?

**M. Bouchard:** S'il s'agit de changements importants, il faudra présenter un projet de loi lorsque l'examen sera terminé et que le rapport aura été déposé au Parlement.

**Le président:** Voulez-vous dire qu'un rapport sera publié après les consultations?

**M. Bouchard:** Le Parlement sera informé des conclusions de l'examen.

**Le président:** Je me permets de vous donner un petit conseil. Les consultations peuvent s'éterniser. D'une façon générale, on obtient 80 p. 100 des renseignements nécessaires au cours des deux premiers mois. Vous avez parlé de l'année prochaine. À mon avis, vous auriez intérêt à terminer les consultations pour Noël, à en tirer les conclusions et à résoudre le problème au lieu d'étirer le processus de consultation.

**Mme Stewart:** C'est pourquoi nous avons prévu une période de battement de deux ans, sachant l'intérêt que suscite ce sujet et que le ministre des Finances jouera un rôle de premier plan. Conscients du fait qu'il sera peut-être nécessaire de présenter un projet de loi, nous avons jugé nécessaire de prévoir un délai de deux ans.

**Le sénateur Murray:** Le vérificateur général n'est pas le conseiller juridique du gouvernement mais il a examiné la loi actuelle, étudié le niveau actuel des taux de cotisation et évalué la



in the fund. His conclusion, which I think is rather understated, is that he would be hard-pressed to state that the intent of the law is being respected.

**Ms Stewart:** In that context, senator, I wish to remind the committee of the not-too-distant past when, in a very short period of time, there was a change from a surplus in the account to a significant deficit. Within the course of a few months there was an \$8 billion transition. That is why we talk about stability and predictability. We have been through that experience. That happened in the middle of a recession when premium rates had to be changed to accommodate the rapid use of the benefits. If I am not mistaken, according to outside assessments, there was a loss of 200,000 jobs as a result of that rapid premium increase. We know the volatility that can occur with this account.

There are discussions about what is the length of a business cycle. That will be part of the review.

We must accommodate past experiences when circumstances changed rather dramatically. That experience will form part of the consultations that will be held.

**Senator Murray:** I will not ask you to comment on what you think the impact of the current, unnecessarily high premiums might be on job creation in the country. Your colleague, Mr. Martin, used to be, until quite recently, fairly clear on what he thought of payroll taxes and their impact on economic growth.

On the point you made about the surplus that turned into a deficit, I well recall that, for some years during the recession, the previous government swallowed the deficit because it did not want to increase the premiums and thereby create more unemployment. In considering the history of the fund, I was struck by how very quickly the deficit turned to a surplus. In two years, a very large deficit became a surplus of \$0.5 billion. That is quite remarkable.

Some of your colleagues in the House referred to the fact that there has been a deficit in 10 of the last 18 years. I do not believe that is a justification for keeping the premiums at the level they are now, nor the surplus either.

However, with regard to the premium-setting exercise that will take place for 2002 and 2003, if we pass clause 9 of the bill and suspend the present provision of the act, we will suspend with it the criteria that the act sets out. Will the government commit to be bound by the set of criterion that is now in section 66, that is, to set the premium rate for 2002 and 2003 to ensure that there is enough revenue over the business cycle to pay for the program and to maintain relatively stable rates over the business cycle?

**Ms Stewart:** We have already indicated our intention to continue to reduce the premiums, as we are able.

You talked about the level of premium rates. I would be remiss not to remind the committee that every year we have been able to reduce EI premiums. You made reference to what that has done to

taille de l'excédent dans la caisse d'assurance-emploi. Sa conclusion, que je considère très modérée, est qu'il lui serait difficile de conclure que l'esprit de la loi est respecté.

**Mme Stewart:** Sénateur, à ce propos, je voudrais vous rappeler qu'il n'y a pas bien longtemps, pendant une très courte période, un déficit important avait remplacé l'excédent. Une baisse de huit milliards de dollars s'était produite en quelques mois. C'est pourquoi nous parlons de stabilité et de prévisibilité. Nous savons ce que c'est. Ce changement brusque s'est produit au beau milieu d'une récession, à un moment où il a fallu modifier les taux de cotisation pour compenser l'augmentation rapide des coûts liés au paiement des prestations. Si j'ai bonne mémoire, d'après des évaluations indépendantes, cette hausse rapide des taux de cotisation avait entraîné la perte de 200 000 emplois. Nous savons à quelle rapidité les réserves peuvent s'épuiser.

Des discussions sont en cours au sujet de la durée d'un cycle économique. Elles s'inscriront dans le cadre de cet examen.

Nous devons tenir compte des événements antérieurs et des revirements de situation spectaculaires. Ces antécédents seront pris en compte dans le cadre des consultations prévues.

**Le sénateur Murray:** Je ne vous demanderai pas de dire quelles seront, d'après vous, les conséquences des taux de cotisation extrêmement élevés sur la création d'emplois au Canada. Votre collègue, M. Martin, disait encore clairement, il n'y a pas si longtemps, ce qu'il pensait des cotisations sociales et de leur influence sur la croissance économique.

À propos de l'excédent qui s'est transformé en déficit, je vous rappelle que, pendant plusieurs années durant la récession, le gouvernement antérieur avait absorbé le déficit parce qu'il ne voulait pas augmenter les taux de cotisation et, par conséquent, aggraver le chômage. En examinant l'historique de la caisse d'AE, j'ai été stupéfait de voir avec quelle rapidité le déficit était redevenu un excédent. En deux ans, un déficit considérable s'est transformé en un excédent d'un demi-milliard de dollars, ce qui est un exploit.

Certains de vos collègues ont affirmé à la Chambre qu'au cours des 18 dernières années, la caisse avait été en déficit pendant 10 ans. Je ne crois pas que ce soit une raison pour maintenir les taux de cotisation à leur niveau actuel ni une excuse valable pour avoir un excédent.

En ce qui concerne le processus d'établissement des taux de cotisation qui aura lieu pour 2002 et 2003, si l'article 9 du projet de loi est adopté et que les dispositions actuelles de la loi sont suspendues, nous supprimerons en même temps les critères fixés par la loi. Le gouvernement s'engage-t-il à respecter la série de critères énoncés à l'article 66 de la loi, autrement dit à fixer les taux de cotisation pour 2002 et 2003 de façon à faire suffisamment de recettes au cours du cycle économique pour financer le programme et maintenir les taux à un niveau relativement stable?

**Mme Stewart:** Nous avons déjà manifesté l'intention de continuer à réduire les taux de cotisation, dans la mesure de nos moyens.

Vous avez parlé du niveau des taux de cotisation. Je tiens à rappeler que nous avons réduit les taux de cotisation de l'assurance-emploi chaque année. Vous avez fait allusion aux



the number of jobs created. The number of jobs created in the current economy is well over 2 million.

We must look at all aspects of this issue. I think the direction the government has taken to date has been positive. It is doing its best to reduce premiums and make important new investments, not the least of which is the doubling of parental benefits. As the economy moves through its cycle, we want to make sure we have predictability and stability as we review the overall process, which is fundamentally where the Auditor General and Canadians want us to turn our attention.

**Senator Murray:** Do you have any plans to do a more thorough review of the entire Employment Insurance regime? The CLC and other organizations state that only 37 per cent of the unemployed are now receiving benefits under this program. If you can test that statistic, say so.

**Ms Stewart:** The figure of 37 per cent comes from the BU ratio, which is a very broad measure of all citizens. A better way to measure the effectiveness of Employment Insurance is to consider the numbers of Canadians who are in paid employment and paying premiums and the percentage of Canadians who would be eligible for benefits should they need them. That number is about 88 per cent.

In response to your first question about whether we want to do a fundamental review, the approach that we have taken since the amendments in 1966, which has been to recognize that we should assess the impact of Employment Insurance and its provision for Canadians on an annual basis, is a good approach. The inclusion of a monitoring and assessment regime then, which, with the agreement of senators on the passage of this bill, will be extended to 2006, is a very good component. Every year the commission does an assessment of Employment Insurance. We have recognized experts look at different parts of the act and present papers on its impacts. That process of annual review and presentation to Parliament keeps us focused on the ball and has led to changes, not only in the context of Bill C-2 but previously with the introduction of the "Small Weeks" pilot project and changes to the hours required to receive special benefits.

I like that continuous review and assessment approach and the ability for the Houses of Parliament to consider changes in the context of the dynamic and changing workforce and marketplace.

**Senator Robertson:** I want to return to the question Senator Murray raised about the percentage of unemployed people who are not eligible for Employment Insurance.

If my research is correct, 34 per cent of those who are ineligible rely on their parents — often aging parents — to get by. Do you think, minister, that the government has an obligation to design an EI system to accommodate the percentage of workers that is not

conséquences des taux de cotisation sur le nombre d'emplois créés. Sachez qu'il dépasse largement les deux millions, à l'heure actuelle.

Nous devons examiner la question sous tous ses angles. À mon avis, la voie dans laquelle le gouvernement s'est engagé jusqu'à présent a produit de bons résultats. Il fait tout son possible pour réduire les taux de cotisation et faire de nouveaux investissements majeurs, dont le doublement des prestations parentales n'est pas le moindre. À mesure que le cycle économique progresse, nous tenons à faire en sorte qu'il y ait une certaine constance et une certaine stabilité pendant l'examen du processus, et c'est précisément le point sur lequel le vérificateur général et les Canadiens veulent que nous axions nos efforts.

**Le sénateur Murray:** Comptez-vous faire un examen plus approfondi de l'ensemble du régime d'assurance-emploi? D'après le Congrès du travail du Canada et d'autres organismes, 37 p. 100 seulement des chômeurs reçoivent actuellement des prestations dans le cadre de ce programme. Si vous pouvez prouver que ce chiffre est faux, n'hésitez pas à le faire.

**Mme Stewart:** Ce pourcentage est le ratio PC (prestataires-chômeurs) qui s'applique à l'ensemble des citoyens. Un critère plus exact d'évaluation de l'efficacité de l'assurance-emploi est le nombre de Canadiens qui ont un emploi rémunéré et paient des cotisations et le pourcentage de Canadiens qui seraient admissibles aux prestations en cas de besoin. Il est d'environ 88 p. 100.

À propos de votre première question, dans laquelle vous demandiez si nous comptons faire un examen approfondi, l'approche que nous avons adoptée depuis les modifications de 1966, qui consiste à reconnaître l'opportunité d'évaluer chaque année les incidences de l'assurance-emploi et des dispositions de la loi sur les Canadiens, s'est avérée efficace. Le régime de contrôle et d'évaluation, qui sera prolongé jusqu'en 2006 si vous approuvez ce projet de loi, est excellent. Chaque année, la commission fait une évaluation de l'assurance-emploi. Des experts renommés examinent les diverses parties de la loi et présentent des rapports sur ses incidences. Le processus de l'examen annuel et de présentation d'un rapport au Parlement nous permet de savoir où l'on en est et il a permis d'apporter divers changements, non seulement dans le contexte du projet de loi C-2, mais aussi dans celui de l'introduction du projet pilote des «petites semaines» et du changement du nombre d'heures nécessaires pour recevoir des prestations spéciales.

J'aime ce système d'examen et d'évaluation périodique et j'apprécie que le Parlement puisse examiner les changements dans le contexte de l'évolution constante de la population active et du marché.

**Le sénateur Robertson:** Je voudrais revenir à la question qu'a posée le sénateur Murray au sujet du pourcentage de chômeurs qui n'ont pas droit aux prestations d'assurance-emploi.

D'après les informations que j'ai pu obtenir, 34 p. 100 des personnes qui ne sont pas admissibles dépendent de leurs parents — souvent assez âgés — pour survivre. Madame la ministre, pensez-vous que le gouvernement ait l'obligation de concevoir un

eligible now? The number is really quite high and it is hurtful to family units.

**Ms Stewart:** This is an important question. Employment Insurance exists to cover those Canadians who, through no fault of their own, find themselves without work. It exists to respond to the needs of Canadians in paid employment who are paying their premiums with the support of their employers. It is focused and for those Canadians it is intended to serve, it does a very good job.

With regard to the broader question of whether there should be other programs and services to assist Canadians when they find themselves without work, programs of social assistance, for example and others, our approach beyond Employment Insurance has been to recognize that there are certain groups of Canadians who, from time to time, need more strategic investment and support. Human Resource Development Canada has programs such as the Opportunities Funds to help Canadians with disabilities find their way into the workforce. Our youth programs are focused primarily on helping young people to get that important first job, be it through a summer student program or through the Youth at Risk Strategy. We have, through our grants and contributions regime, identified programming to help, in partnership in many circumstances, groups of Canadians who find themselves less able to get into the Canadian economy.

**Senator Robertson:** Perhaps, minister, you could advise us what percentage of young people have been able to find gainful employment after their first experiences with your department.

**Ms Stewart:** We have a very high success ratio through these programs. Very often this involves youth at risk, those who have not been able to naturally find their way into the economy. Through very inventive partnerships and projects, we have, in some cases, 60 per cent success in very challenged areas. I am thinking of a project I visited recently in Edmonton with Senator Fairbairn. There was another in Victoria that had a 95 per cent success rate. The rate of success is well above 50 per cent and very often, is higher than 75 per cent.

**Senator Robertson:** That is encouraging.

We have a lot of entrepreneurs in Canada, many of whom are women. They move into areas of small business that can accommodate their lifestyles, their families, et cetera. Are they still ineligible? If so, why?

**Ms Stewart:** Employment Insurance is not for the self-employed. We continue to poll and talk to Canadians, particularly self-employed Canadians, about whether they are interested in paying premiums and they continue to tell us that they are not.

**Senator Robertson:** That is not the answer I get.

système d'assurance-emploi permettant d'accommoder le pourcentage de travailleurs qui ne sont pas admissibles actuellement? Ce pourcentage est très élevé et c'est une source de problèmes pour les familles.

**Mme Stewart:** C'est une question importante. L'assurance-emploi a pour objet de couvrir les Canadiens qui se retrouvent sans emploi de façon tout à fait involontaire. Elle est là pour répondre aux besoins des Canadiens qui ont un emploi rémunéré et paient des cotisations avec l'aide de leur employeur. Elle est ciblée et est très efficace pour les Canadiens qu'elle est censée aider.

En ce qui concerne l'opportunité d'instaurer d'autres programmes et services pour aider les Canadiens qui sont sans emploi, comme des programmes d'assistance sociale ou d'autres programmes analogues, nous avons décidé, en outre, de tenir compte du fait que certains groupes de Canadiens ont besoin à l'occasion d'un investissement et d'un appui de nature plus stratégique. Développement des ressources humaines Canada administre des programmes comme les Fonds d'intégration, dans le but d'aider les Canadiens atteints d'un handicap à avoir accès au marché du travail. Nos programmes s'adressant à la jeunesse ont pour but principal d'aider les jeunes à trouver leur premier emploi, qui est d'une importance capitale pour eux, soit par le biais du Programme d'été pour étudiants ou de la stratégie «Jeunesse à risque». Grâce à nos régimes de subventions et de contributions, nous avons identifié des programmes visant à aider, souvent avec le concours d'autres intervenants, divers groupes de Canadiens qui ont plus de difficulté d'accès au marché du travail.

**Le sénateur Robertson:** Madame la ministre, vous pourriez peut-être nous dire quel pourcentage de jeunes ont pu trouver un emploi lucratif après leur première expérience avec votre ministère.

**Mme Stewart:** Le taux d'efficacité de ces programmes est très élevé. Il s'agit très souvent de jeunes à risque qui n'ont pas été capables de trouver naturellement un moyen d'accès au marché du travail. Grâce à des partenariats et à des projets très innovateurs, nous atteignons parfois un taux de réussite de 60 p. 100 dans des régions très défavorisées. Je pense notamment à un projet qui est en cours à Edmonton, où je suis allée dernièrement avec le sénateur Fairbairn. Il y en avait un autre à Victoria, dont le taux de réussite était de 95 p. 100. Le taux de réussite moyen est très supérieur à 50 p. 100 et dépasse bien souvent 75 p. 100.

**Le sénateur Robertson:** C'est encourageant.

Il y a un grand nombre d'entrepreneurs au Canada, dont beaucoup de femmes. Ils créent des PME dans des secteurs où ils peuvent concilier leurs activités professionnelles avec leur style de vie, leurs contraintes familiales et avec d'autres facteurs. Ces petits entrepreneurs sont-ils toujours non admissibles? Si c'est le cas, pouvez-vous dire pourquoi?

**Mme Stewart:** L'assurance-emploi ne s'adresse pas aux travailleurs autonomes. Nous continuons de faire des sondages et de consulter les Canadiens, en particulier les travailleurs autonomes, pour savoir si cela les intéresse de payer des cotisations: ils continuent de dire que non.

**Le sénateur Robertson:** Ce n'est pas ce qu'on m'a dit.



**Ms Stewart:** There are changes in the workplace with regard to the self-employed. There are increasing numbers of contract positions in the context of entrepreneurs, although that may not be described in the same way as we have been understanding self-employment. We will continue to follow what is happening in the Canadian workplace to see whether there are more appropriate strategies that are in the context of good public policy.

Employment Insurance exists, as it has in the past, for those in paid employment and not for the self-employed.

**Senator Robertson:** You say that the people to whom you have spoken say they do not want to pay premiums but my information is that there is a large group that would like to pay premiums. Perhaps there could be some flexibility there.

**Ms Stewart:** Of course, you would agree that if they are going to receive benefits they should be contributing to the benefit regime.

**Senator Robertson:** Yes, by all means, under strict policy provisions but they should be given the opportunity to contribute should they wish to do so that they have that protection.

**Senator Lawson:** Minister, I want to talk about the employment assistance services that we have on the Lower Mainland of British Columbia. I am sure the matter has been raised with you before. You and I have had brief discussions about it. Some contractors and some employees of contractors have talked to me about their concerns. Some of them leave me with the feeling that they are fearful to express their concerns lest they be punished by being removed as contractors. Whether that fear is founded or unfounded, it should not exist.

Without identifying the sources, I have been told that job-finding clubs and career and transition planning programs in the Vancouver area are not wasteful but give the country short and long-term gains in helping unemployed people get on their feet again and benefit the overall economy. I have been told that their budgets are bare bones and their staffs work flat out at salaries that would not meet union standards. There are few raises to keep up with the increased cost of living. There is no job security as contracts are renewable yearly and there are no benefits. I have been told that the public needs to be reminded of the successful records of many of these funded programs and the accountability and dedication demonstrated by most HRDC staff and service providers.

On the issue of contracts, people have to bid contracts at such low levels that they cannot pay for basic things. They have no medical coverage. They certainly have no pensions. They are on one-year contracts, renewed maybe as many as 10 times. After 10 years of service, individuals in that position have no medical coverage and no benefits. If they take holiday leave, to which they

**Mme Stewart:** Divers changements se sont produits sur le marché du travail en ce qui concerne les travailleurs autonomes. Un nombre croissant d'entrepreneurs sont des sous-traitants dont les activités ne correspondent pas exactement à notre définition du travail autonome. Nous continuerons de suivre ce qui se passe sur le marché du travail pour voir s'il n'y aurait pas lieu d'adopter des stratégies plus efficaces dans le contexte de la politique gouvernementale.

Comme par le passé, l'assurance-emploi s'adresse à ceux et celles qui ont un emploi rémunéré et pas aux travailleurs autonomes.

**Le sénateur Robertson:** Vous affirmez que les personnes que vous avez consultées ne veulent pas payer de cotisations mais, d'après les renseignements que j'ai pu obtenir, beaucoup de travailleurs autonomes seraient disposés à en payer. On pourrait peut-être prévoir un système assez flexible.

**Mme Stewart:** Vous reconnaissez que les personnes qui veulent recevoir des prestations devraient cotiser.

**Le sénateur Robertson:** Oui, bien sûr, en vertu de dispositions très strictes. Il faudrait toutefois leur donner l'occasion de contribuer si elles le désirent pour leur permettre de bénéficier de cette protection.

**Le sénateur Lawson:** Madame la ministre, je voudrais parler des services d'aide au placement dans le Lower Mainland de la Colombie-Britannique. Je suis sûr que vous êtes au courant. Nous avons eu de brefs entretiens à ce sujet. Plusieurs entrepreneurs et plusieurs de leurs employés m'ont parlé de leurs préoccupations. Certains d'entre eux m'ont donné l'impression d'être réticents à manifester leurs préoccupations, de crainte d'être pénalisés en étant rayés de la liste des entrepreneurs. Qu'elles soient fondées ou non, ces craintes ne devraient pas exister.

Je ne révélerai pas mes sources, mais on m'a dit que, dans la région de Vancouver, les clubs d'aide au placement et les programmes de planification de carrière et de transition, ne sont pas inutiles et qu'en aidant les chômeurs à se retrouver un emploi, ils contribuent à la prospérité économique, à court terme comme à long terme. On m'a aussi signalé que les budgets de ces programmes sont minimes et que les employés chargés de les mettre en oeuvre travaillent énormément, pour des salaires qui ne seraient pas jugés acceptables par les syndicats. Les augmentations pour compenser la hausse du coût de la vie sont peu fréquentes. Ils n'ont aucune sécurité d'emploi, car les contrats sont renouvelables chaque année, et ils n'ont droit à aucun avantage social. On m'a enfin demandé de rappeler aux Canadiens et Canadiennes que la plupart de ces programmes subventionnés ont été utiles et que les employés de DRHC et les fournisseurs de services sont généralement très consciencieux et rendent scrupuleusement des comptes.

En ce qui concerne les contrats, les entrepreneurs doivent soumissionner à un prix tellement bas qu'ils n'arrivent pas à cotiser à des régimes de sécurité sociale de base. Ils n'ont pas d'assurance-maladie et pas de pension. Ils travaillent aux termes de contrats d'une durée d'un an, qui peuvent être renouvelés pendant une dizaine d'années. Après dix années de service, ces



are entitled by law, they must find replacement employees. There are not sufficient moneys in the contract to cover that.

An atmosphere has been created whereby contractors have to bid low to win contract. It seems to me that for those who are adjuncts or contractors to the government certain minimum standards should apply. I am not saying they should be unionized however, certain minimum standards should apply. Rates should be the same or similar to what a department would pay if it were to do the work internally. There should be provisions in contracts to cover questions of medical and pension benefits.

One recommendation I have heard is that contracts of two to three years should be offered, subject to regular monthly and quarterly reporting, review, evaluation and accountability checks. This would enable service providers to keep staff, do long-term planning and concentrate on serving clients, which in the end would save time and money. There is a lot of merit in doing that.

Qualified staff is hard to keep. The department finds qualified people — which is the object of the exercise — and then they are gone because they find better opportunities at higher wages, which are available because of the low-priced contracts.

Those are my concerns. Is it possible to bring all of the contractors into a new social policy or a new public policy? If you bid contracts, do not do it so cheaply that there are no minimum pay standards. We will all be better for that. The government will be better equipped. It will be able to keep employees on a long-term basis and counsel people on the basis that they will not be gone next week. You can put many more people back to work, which is the object of the whole exercise.

**Ms Stewart:** Senator Lawson and I had the opportunity, before the committee started, to talk about the third-party contracts that we issue. If I am not mistaken, we have approximately 46,000 individual contracts across the country. This strategy has been effective at helping us to work at the community level to provide services reflective of community needs.

The issue raised by the senator is this: When we are tendering these arm's-length contracts, should we have within our requirements minimum standards in terms of wages and benefits? We have a supply and demand arrangement now. If organizations and communities apply for a contract, it is up to them to determine how they pay employees and what benefits are available. They must respond to the contract requirements in that way.

You raise an interesting point as to whether the government should make a determination on how employers treat their employees. I can take that question under advisement. Essentially,

personnes n'ont aucune assurance-maladie et autres avantages sociaux. Si elles prennent les congés auxquels elles ont droit légalement, elles doivent se trouver des remplaçants. Or, les contrats ne sont pas assez lucratifs pour cela.

Dans les circonstances actuelles, les entrepreneurs doivent soumissionner à bas prix pour décrocher un contrat. Il me semble que certains critères minimums devraient s'appliquer à ceux qui sont des collaborateurs ou des sous-traitants de l'État. Je ne dis pas qu'ils doivent être syndiqués, mais plutôt qu'il faudrait appliquer des normes minimales. Les taux de rémunération devraient être identiques ou analogues aux sommes que débourserait un ministère si le travail devait être fait par ses fonctionnaires. Les contrats devraient contenir des clauses concernant les prestations d'assurance-maladie et les prestations de retraite.

D'après une des recommandations que j'ai entendues, il faudrait offrir des contrats d'une durée de deux ou trois ans, tout en imposant des rapports mensuels ou trimestriels, des examens, des évaluations et des vérifications de reddition de comptes. Cela permettrait aux fournisseurs de services d'avoir du personnel, de faire de la planification à long terme et de se concentrer sur le service à la clientèle, ce qui ferait réaliser des économies à la longue. C'est une recommandation très intéressante.

Le personnel qualifié est difficile à garder. Le ministère trouve des travailleurs qualifiés — c'est le but recherché — mais ceux-ci quittent dès qu'ils trouvent d'autres occasions plus intéressantes et plus lucratives.

Voilà ce qui me préoccupe. Est-il possible d'adopter une nouvelle politique sociale ou une nouvelle politique officielle applicable à tous les entrepreneurs? Il ne faut pas que le seul critère des appels d'offres soit d'obtenir des soumissions à un prix tellement ridicule qu'il soit exclu d'imposer des conditions salariales minimales. Ce serait dans l'intérêt de toutes les parties. Le gouvernement serait mieux équipé. Il pourrait retenir ses employés et les former sans craindre qu'ils ne quittent leur emploi à la première occasion. Il est possible d'aider un grand nombre de personnes à se retrouver un emploi, ce qui est, finalement, le but de tous ces efforts.

**Mme Stewart:** Avant le début de la séance, j'ai eu l'occasion de parler avec le sénateur Lawson des contrats que nous passons avec des tiers. Si j'ai bonne mémoire, nous avons environ 46 000 contrats un peu partout au pays. Cette stratégie nous a aidés à offrir, à l'échelle locale, des services adaptés aux besoins communautaires.

Le problème soulevé par le sénateur est le suivant: quand nous faisons un appel d'offres pour ces contrats autonomes, ne conviendrait-il pas d'inclure dans nos exigences des normes minimales en matière de rémunération et d'avantages sociaux? Actuellement, nous suivons la loi de l'offre et de la demande. Si des organismes et des collectivités soumissionnent, c'est à eux de décider du salaire et des avantages sociaux de leurs employés. Ils doivent s'adapter aux exigences du contrat en conséquence.

Vous demandez si le gouvernement ne devrait pas intervenir dans la façon dont les employeurs doivent traiter leurs employés, ce qui est intéressant. Je pourrai m'informer à ce sujet. Je prends

it is a point well taken. It would take broader consultation and thinking, in terms of public policy, to determine whether we want to dictate wages and benefits in contractual arrangements.

**Senator Lawson:** This system has evolved in such a way that you are exploiting people who are working in the system and keeping them at low levels of pay.

Prior to the cutbacks, these programs were advertised so that unemployed people could go somewhere to get help finding jobs. People under contract are in no position to draw to anyone's attention that these services were provided. There was a time when programs were referred by other offices but that was cut back.

**Ms Stewart:** We are talking about the provision of Part II benefits. There is usually a good relationship between the department, which is providing benefits under Part I — the actual dollars — and the consultation with individual beneficiaries about what the appropriate next steps might be for them in terms of active measures. Perhaps there should be broader information, but the benefit of Part II support really goes to those receiving the actual income support. The conversations actually occur at the local human resource centres.

**Senator Lawson:** There seems to be a breakdown in that communication with respect to what services are available for people who need to be retrained to find jobs. Those who are working in seem to have a high success rate.

**Ms Stewart:** Indeed.

**Senator Lawson:** There is the need for an examination of that issue.

**Ms Stewart:** Perhaps we can get the details from those who talked with you directly about that matter to see if that experience can afford us some direction.

**Senator Lawson:** Perhaps there is some way that we could bring them all together. I would be very happy to participate in an observer role.

**Ms Stewart:** I wonder what the Competition Bureau would think about that.

**Senator Graham:** Minister Stewart, you will know that many of us have agonized since 1996 over the changes that took effect at that particular time. I am glad you are here to make new changes.

I have a simple question related to the estimated cost of eliminating the intensity rule. Do you have the estimated cost? My expert number cruncher and I estimate that the cost will be approximately \$250 million a year.

**The Chairman:** When you make public your document for consultation next year, could the officials make sure that they send it to the clerk of the committee for distribution to the committee? It may well be that we would like part of your consultation exercise to be a consultation with us.

bonne note de la question. Il faudrait tenir des consultations et y réfléchir pour voir s'il convient d'imposer officiellement des salaires et des avantages sociaux minimums dans les ententes contractuelles.

**Le sénateur Lawson:** Ce système a évolué de telle sorte que vous exploitez les travailleurs et les maintenez à un faible niveau de rémunération.

Avant les restrictions budgétaires, ces programmes étaient annoncés, si bien que les chômeurs savaient où s'adresser pour qu'on les aide à trouver un emploi. Les personnes qui travaillent en sous-traitance ne sont pas en mesure d'attirer l'attention de quelqu'un sur ce genre de services. À une certaine époque, de l'information était transmise par d'autres bureaux mais on a réduit ces services.

**Mme Stewart:** Nous parlons des prestations de la partie II. Le ministère qui fournit les prestations aux termes de la partie I — c'est-à-dire les fonds nécessaires — consulte généralement les prestataires pour savoir quelles mesures il conviendrait de mettre en place ultérieurement en ce qui les concerne. Il faudrait peut-être mieux informer les Canadiens, mais les prestations de la partie II sont destinées aux bénéficiaires des mesures de soutien du revenu. C'est dans les centres locaux de ressources humaines que les conversations ont lieu.

**Le sénateur Lawson:** On dirait que la communication est interrompue en ce qui concerne les services destinés aux personnes qui doivent se recycler pour pouvoir trouver un emploi. Le taux de réussite est pourtant élevé parmi ceux et celles qui arrivent à en bénéficier.

**Mme Stewart:** C'est un fait.

**Le sénateur Lawson:** Il est nécessaire d'examiner cette question.

**Mme Stewart:** Nous pourrions peut-être obtenir des renseignements plus précis auprès des personnes qui vous en ont parlé, pour voir si leur expérience pourrait nous guider.

**Le sénateur Lawson:** Il y aurait peut-être moyen de réunir toutes ces personnes. Je me ferais un plaisir de participer à titre d'observateur.

**Mme Stewart:** Je me demande ce qu'en penserait le Bureau de la concurrence.

**Le sénateur Graham:** Madame la ministre, je signale que la plupart d'entre nous se font du mauvais sang depuis les modifications qui sont entrées en vigueur en 1996. Je suis heureux que vous apportiez de nouvelles modifications.

Je voudrais vous poser une question toute simple qui concerne le coût estimatif de la suppression de la règle de l'intensité. Avez-vous établi un coût estimatif? Mon expert en calculs et moi avons évalué ce coût à environ 250 millions de dollars par an.

**Le président:** L'année prochaine, quand vous publierez votre document, les fonctionnaires pourraient-ils veiller à en envoyer des exemplaires à notre greffière pour qu'elle puisse les distribuer aux membres? Nous aimerions peut-être que vous nous consultiez également.



**Senator Murray:** I wish to raise one more matter, on which I do not want to deprive the minister opportunity to comment. She may wish to refer the matter to the representative from the Department of Finance.

I thought she might want to say something about the IMF report that has criticized our approach to employment insurance as counterproductive, et cetera. What leapt off the page of their report entitled "World Economic Outlook" was the comment that to enhance labour market flexibility and lower structural unemployment, new measures are needed to reduce the frequency of employment insurance use and eliminate regional extended benefits. The inference is that the IMF thinks there is not enough labour mobility in this country; What does the Department of Finance think?

**Ms Stewart:** In responding to what the International Monetary Fund has said, as you point out, they actually give us credit for building increased flexibility with the amendments that were introduced in 1996 and the National Child Benefit. Those measure have had a positive impact in encouraging low-income Canadians to leave social assistance and get into the workforce.

The message that I would convey is that with these changes we are not backtracking on the fundamental principles that drove the changes in 1996.

With regard to decreasing dependency on employment insurance, I would remind you that a number of changes were implemented, not the least of which was the divisor rule. I can tell you that this measure is encouraging Canadians to find more work. In that regard, we are finding that indeed, they are finding extra weeks of work.

In our continual assessment of the intensity rule we have found that it is perceived only as being punitive. It is not changing the fundamental numbers of frequent claimants and so it is ineffective.

**Senator Murray:** Regional benefits.

**Ms Stewart:** They are available across the country.

I cannot believe that the IMF would want us to continue with a program that has proven ineffective.

**Senator Murray:** With regard to labour mobility, are there enough Quebecers, Cape Bretoners and Newfoundlanders in Fort McMurray, Alberta, or do they require more?

**Ms Stewart:** This is a very important question. To allow for labour mobility, with the table of labour market ministers, we are responding to the direction of first ministers to deal with the interprovincial borders that have been put up. By July 1 of this year, it is incumbent upon us to have looked at all the barriers to labour mobility across the country and to have methods of reducing them. It is a priority.

**Senator Murray:** Do you think there are barriers to labour mobility?

**Ms Stewart:** As recently reported in a study by Statistics Canada, fundamentally, something that we recognize is that Canadians are quite prepared to take options. Our challenge is to

**Le sénateur Murray:** Je voudrais aborder un autre sujet sur lequel je ne voudrais pas priver la ministre de faire des commentaires. Elle préférera peut-être céder la place au représentant du ministère des Finances.

Je pensais qu'elle parlerait du rapport du FMI dans lequel on reproche notamment à notre approche en matière d'assurance emploi d'être inefficace. Ce qui se dégage des commentaires de ce rapport, intitulé «Perspectives de l'économie mondiale», est que, pour accroître la flexibilité du marché du travail et faire baisser le chômage structurel, il faudrait adopter de nouvelles mesures visant à réduire la fréquence d'utilisation de l'assurance-emploi et à supprimer les prestations complémentaires régionales. On peut en conclure que le FMI estime que la mobilité de la main-d'oeuvre n'est pas suffisante au Canada. Qu'en pense le ministère des Finances?

**Mme Stewart:** Comme vous l'avez signalé, le FMI reconnaît que nous avons favorisé la flexibilité grâce aux modifications que nous avons apportées à la loi en 1996 et grâce à la Prestation nationale pour enfants. Ces mesures ont encouragé les Canadiens à faible revenu à réintégrer la population active et à cesser de compter sur l'aide sociale.

Le message que j'ai à faire, c'est que ces changements ne signifient pas que nous renonçons aux principes fondamentaux qui sous-tendent les modifications apportées en 1996.

En ce qui concerne la diminution de la dépendance à l'égard de l'assurance-emploi, je rappelle que divers changements ont été mis en oeuvre, dont le plus important est le dénominateur. Je vous garantis que cette mesure encourage les Canadiens à trouver du travail supplémentaire. À ce propos, nous avons constaté qu'ils trouvent effectivement des semaines de travail supplémentaires.

Dans le cadre de l'évaluation permanente de la règle de l'intensité, nous avons constaté qu'elle est considérée comme une mesure punitive. Elle n'a pas modifié le nombre de prestataires fréquents et, par conséquent, elle n'est pas efficace.

**Le sénateur Murray:** Et les prestations régionales.

**Mme Stewart:** Elles sont disponibles à l'échelle du pays.

Je n'arrive pas à croire que le FMI tienne à ce que nous maintenions un programme qui s'est avéré inefficace.

**Le sénateur Murray:** En ce qui concerne la mobilité de la main-d'oeuvre, y a-t-il assez de Québécois, d'habitants du Cap-Breton et de Terre-Neuviens à Fort McMurray, en Alberta, ou en faut-il davantage?

**Mme Stewart:** C'est une question très importante. Avec le concours des ministres responsables du marché du travail, nous donnons suite à la directive des premiers ministres concernant les barrières interprovinciales. D'ici le 1<sup>er</sup> juillet, nous devons avoir examiné tous les obstacles à la mobilité de la main-d'oeuvre, dans l'ensemble du pays, et avoir trouvé des moyens de les atténuer. C'est une priorité.

**Le sénateur Murray:** Pensez-vous qu'il y ait des obstacles à la mobilité de la main-d'oeuvre?

**Mme Stewart:** Comme l'indique une étude récente effectuée par Statistique Canada, les Canadiens sont prêts à envisager diverses options. Notre défi est de reconnaître que nous pouvons



recognize that we can diversify far more in communities across the country. From my point of view, we must consider options that will allow for communities across the country to broaden and deepen the economies that they want to have in place. I think we have done good work in that regard but much more needs to be done. I believe technology will help us with that, quite frankly.

**Senator Fairbairn:** I wish to piggyback on the question of Senator Murray. When you talk about barriers to labour mobility, is not one of the barriers a lack of skills, especially in communities such as Fort McMurray where there is a technological workforce to work in the oil sands?

**Ms Stewart:** Indeed, one of the things that we recognized and addressed very clearly in the Speech from the Throne was that people drive the economy in a knowledge-based economy. The extent to which we can improve and increase every single Canadian's skill base will ensure a soft landing as the economy continues to ebb and flow.

I was remiss when responding to Senator Robertson about grants and contributions. Fundamental literacy skills are essential to groups of Canadians who need broader support so they can get into the labour market and be eligible for Employment Insurance. We must work more closely with the provinces and territories in that regard. We recognize the reality in Canada that our levels of literacy are not as high as they must be and that we must make additional investments in this area.

**The Chairman:** Thank you, minister.

Honourable senators, our next witness is Ms Sheila Fraser, the Interim Auditor General of Canada. She is replacing Mr. Denis Desautels.

**Ms Sheila Fraser, Interim Auditor General of Canada, Office of the Auditor General of Canada:** Thank you, honourable senators, for the opportunity to discuss with you today our observation on the lack of clarity of the basis used in setting employment insurance rates.

Accompanying me today are Nancy Cheng and John Hodgins, who are two principals from our office. Ms Cheng is responsible for the audit of the EI account and Mr. Hodgins is responsible for the audit of the Public Accounts of Canada.

The audit observation that we tabled in Parliament this past February addressed the setting of premium rates and the balance in the EI account. Just six weeks ago, Mr. Desautels appeared before the House of Commons Standing Committee on Human Resources Development on that subject. He briefed the members of that committee on our concern that we raised in the audit observation and the impact that Bill C-2 would have with regard to that observation. Today, I would like to highlight that observation for members of this committee to consider in your deliberations on Bill C-2.

diversifier beaucoup plus les options, dans toutes les collectivités du pays. À mon avis, nous devons examiner des options qui permettront à toutes les collectivités canadiennes de développer le genre d'économie qu'elles souhaitent établir. Je crois que nous avons fait des progrès à cet égard mais nous avons encore du pain sur la planche. Je suis sincèrement convaincue que la technologie nous aidera à mener cette tâche à bien.

**Le sénateur Fairbairn:** Ma question vient se greffer à celle du sénateur Murray. À propos des obstacles à la mobilité de la main-d'oeuvre auxquels vous avez fait allusion, est-ce que la pénurie de main-d'oeuvre qualifiée n'en est pas un, surtout dans une localité comme Fort McMurray, qui a besoin de main-d'oeuvre spécialisée pour travailler dans les entreprises d'exploitation des sables pétroliers?

**Mme Stewart:** De fait, nous avons mentionné très clairement dans le discours du Trône que, dans une économie du savoir, ce sont les ressources humaines qui sont le moteur de l'économie. C'est en améliorant le bagage de compétences de tous les Canadiens qu'on pourra garder le cap dans une conjoncture économique qui connaît des hauts et des bas.

J'ai oublié de donner une précision en répondant à la question du sénateur Robertson sur les subventions et contributions. Une aptitude fondamentale à lire et à écrire est essentielle pour divers groupes de Canadiens qui ont besoin d'aide pour avoir accès au marché du travail et être admissibles à l'assurance-emploi. Nous devons collaborer de façon plus étroite avec les provinces et les territoires dans ce domaine. Nous reconnaissons qu'au Canada, le niveau d'alphabétisation n'est pas encore aussi élevé qu'il ne serait souhaitable et qu'il faut investir davantage dans ce domaine.

**Le président:** Merci, madame la ministre.

Honorables sénateurs, notre prochain témoin est Mme Sheila Fraser, vérificatrice générale du Canada par intérim. Elle remplace M. Denis Desautels.

**Mme Sheila Fraser, vérificatrice générale du Canada par intérim, Bureau du vérificateur général du Canada:** Je vous remercie de nous donner la possibilité de comparaître pour faire des commentaires sur le manque de clarté de la méthode d'établissement des taux de cotisation à l'assurance-emploi.

Je suis accompagnée de Nancy Cheng et de John Hodgins, deux directeurs principaux du Bureau. Mme Cheng a participé à la vérification des états financiers du compte de l'assurance-emploi et M. Hodgins a participé à la vérification des comptes publics du gouvernement du Canada.

L'observation de vérification qui a été déposée au Parlement en février 2001 porte sur l'établissement des taux de cotisation et le solde du compte de l'assurance-emploi. Il y a six semaines à peine, M. Desautels a comparu sur le même sujet devant le Comité permanent du développement des ressources humaines de la Chambre des communes. Il a informé les membres du comité à l'égard de l'inquiétude que nous avons formulée dans notre observation de vérification et de l'incidence du projet de loi C-2 sur notre observation. Aujourd'hui, j'aimerais insister sur ces mêmes préoccupations pour faciliter vos délibérations sur le projet de loi C-2.

The Employment Insurance Act requires that EI premium rates be set to ensure that there is enough revenue to cover program costs while keeping rates relatively stable over a business cycle. Although the act provides no specific interpretation and definition, the EI account should break even over a business cycle. The account's accumulated balance would therefore be a relevant and important factor in determining the premium rates.

To help achieve those objectives, the department's Chief Actuary prepares annually an actuarial analysis to support the rate-setting process. The Canadian Employment Insurance Commission, with representation from employers, employees and the government, sets the rates. The rates are subject to approval by the Governor in Council on the recommendation of the Minister of Human Resources Development and the Minister of Finance.

In recent years, the balance in the Employment Insurance account has continued to grow until it has greatly surpassed the amount that the Chief Actuary considers is enough. The growing surplus in the account has helped to reduce the government's net debt and has contributed to its annual surplus. During this time, a surplus in the EI account balance has been credited with interest revenue from the government's general accounts.

We started drawing attention to the situation in our auditor's report on the financial statements of the EI account in 1999 and again in 2000. We also raised this issue in our observations on the 2000 public accounts report.

[Translation]

In our audit observation, we reported that the balance at 31 March 2000 reached \$28 billion, far higher than the maximum the Chief Actuary considered sufficient. In fact, he estimated in his most recent report on premium rates for 2001 that a reserve of \$10 billion to \$15 billion, attained just before an economic downturn, should be enough. The Chief Actuary estimated that for 2001 setting the employee premium rate between \$1.75 and \$2.10 per \$100 of insurable earnings would meet long-term costs. In fact, the employee premium rate for 2001 was set at \$2.25.

It is possible that other factors or assumptions entered into the setting of these rates. In the auditor's reports and the audit observation, we urged the government and the Commission to disclose all the factors they considered in setting rates. In our view, transparency is necessary to give Parliament assurance that the intent of the EI legislation has been observed.

In the meantime, the balance of the EI Account has continued to grow. It likely exceeded \$35 billion at the end of March 2001. At that level, as was mentioned by Mr. Desautels, we would be hard pressed to conclude that the intent of the law has been respected.

La Loi sur l'assurance-emploi exige que les taux de cotisation à l'AE soient fixés à un niveau qui permette d'assurer un apport de revenus suffisant pour couvrir les coûts du régime d'assurance-emploi tout en maintenant une certaine stabilité des taux au cours d'un cycle économique. La loi ne fournit pas d'interprétation ni de définition particulières, mais le compte de l'assurance-emploi devrait être en équilibre au cours d'un cycle économique. Le solde cumulé du compte constituerait un facteur pertinent et important pour établir les taux de cotisation.

Pour faciliter l'atteinte de ces objectifs, l'actuaire en chef du ministère prépare chaque année une analyse actuarielle appuyant le processus d'établissement des taux. La Commission de l'assurance-emploi du Canada, composée de représentants des employeurs, des employés et du gouvernement, fixe les taux. Ces taux doivent être approuvés par le gouverneur en conseil, sur recommandation des ministres du Développement des ressources humaines et des Finances.

Au cours des dernières années, le solde du compte de l'assurance-emploi a continué de croître au point d'avoir largement dépassé le montant considéré suffisant par l'actuaire en chef. Le surplus croissant du compte a aidé à réduire la dette nette du gouvernement et contribué à son excédent annuel. Pendant ce temps, le solde excédentaire de l'AE a été crédité des revenus d'intérêts des comptes généraux du gouvernement.

Nous avons commencé à attirer l'attention sur cette situation dans le rapport du vérificateur général sur les états financiers du compte de l'assurance-emploi, pour la première fois en 1999, et ensuite, en 2000.

[Français]

Dans notre observation de vérification, nous avons signalé que le solde, au 31 mars 2000, atteignait 28 milliards de dollars, soit beaucoup plus que le montant maximal jugé suffisant par l'actuaire en chef. En effet, ce dernier a estimé dans son plus récent rapport sur les taux de cotisation pour l'année 2001, qu'une réserve de 10 à 15 milliards de dollars accumulés à la veille d'une récession économique devrait suffire. L'actuaire en chef a estimé que pour 2001, le taux de cotisation des employés, fixé entre 1,75 \$ et 2,10 \$ par tranche de cent dollars de rémunération assurable, couvrirait les coûts à long terme. De fait, le taux de cotisation des employés a été fixé à 2,25 \$ pour 2001.

Il est possible que d'autres facteurs ou hypothèses aient été pris en compte dans l'établissement de ces taux. Dans les rapports du vérificateur, et suite à la vérification, nous avons fortement recommandé au gouvernement et à la commission de divulguer tous les facteurs qu'ils ont pris en compte dans l'établissement des taux. À notre avis, la transparence est nécessaire pour donner au Parlement l'assurance que l'esprit de la Loi sur l'assurance-emploi est respecté.

Entre-temps, le solde du compte de l'assurance-emploi a poursuivi sa croissance. Il dépassait probablement les 35 milliards de dollars à la fin de mars 2001. À ce niveau, comme M. Desautels l'a déjà mentionné, il nous sera très difficile de conclure que l'esprit de la loi est respecté.



Let us now turn to Bill C-2. It essentially reintroduced the legislative changes proposed in Bill C-44, tabled in September 2000.

The introduction of Bill C-2 has not alleviated our concern. Clause 9 of Bill C-2 proposes to suspend the present way of setting EI premium rates for two years. It would give the Governor in Council full authority to set rates for 2002 and 2003, without the participation of the Commission. There is no requirement for the rate-setting process to be more transparent.

[English]

In our view, there are a couple of points that may be worthy of consideration and inclusion in your committee report.

First, there needs to be a commitment to review the EI rate-setting process, as was described in the explanatory notes to Bill C-44. I am pleased to note that the minister has committed to such a review. Without that review, it would be meaningless to suspend section 66 of the act for two years.

Second, the review should result in a rate-setting process that provides greater transparency and one that provides a due process with appropriate and clear reference points. Such reference points are necessary to ensure the fiscal integrity of the Employment Insurance program. They could include representation from employers and employees upon consulting the commission, advice from the department's Chief Actuary and the level of the existing reserve, among others.

Finally, the review should address the burgeoning balance that has been accumulated to date in the EI account.

That concludes our opening comments.

We would be pleased to answer questions.

**The Chairman:** I believe you were in the room when Senator Murray raised the rate-setting issue with the previous witness when the minister was here.

**Ms Fraser:** Yes, I was.

**The Chairman:** Would you like to comment on the approach that is being used to develop a new rate-setting process? The minister and officials from the Department of Finance talked about a document being made public in the fall, followed by a consultation process and so on. What do you think about the process in general and, in particular, are you part of the interdepartmental group that is actually helping to develop this paper?

**Ms Fraser:** Mr. Chair, I learned of the process today.

**The Chairman:** That certainly answers my second question.

**Ms Fraser:** To my knowledge, this office has had no participation in that process. I certainly have no objections to the process or comments to make on it, as it was described here today.

Revenons au projet de loi C-2. Essentiellement, ce projet de loi réintroduit les modifications législatives proposées dans le projet de loi C-44, déposé en septembre dernier.

Le dépôt du projet de loi C-2 n'a pas atténué notre inquiétude. L'article 9 du projet de loi C-2, propose de suspendre les méthodes actuelles d'établissement de cotisations à l'assurance-emploi pour deux ans. Le gouverneur en conseil aurait plein pouvoir pour fixer les taux pour 2002 et 2003 et ce, sans la participation de la commission. Le projet de loi ne contient aucune exigence visant à assurer une transparence plus grande.

[Traduction]

À notre avis, le comité pourrait juger utile d'étudier et d'inclure les points suivants dans son rapport.

Premièrement, le gouvernement doit prendre l'engagement de procéder à un examen du processus d'établissement des taux d'AE, comme le décrivent les notes explicatives du projet de loi C-44. Sans cet examen, il serait inutile de suspendre l'article 66 de la loi pendant deux ans.

Deuxièmement, l'examen doit donner lieu à un processus d'établissement des taux qui soit plus transparent et qui exige l'observation d'une procédure établie ainsi que des points de référence clairs et adéquats. Ces points de référence sont nécessaires pour garantir l'intégrité financière du Programme d'assurance-emploi. Il pourrait comprendre la consultation de la Commission afin de connaître les points de vue des employeurs et des employés, l'avis de l'actuaire en chef du ministère et le niveau de la réserve existante, entre autres choses.

Enfin, l'examen doit porter sur le solde croissant du compte de l'assurance-emploi accumulé à ce jour.

Voilà qui conclut ma déclaration d'ouverture.

Nous répondrons avec plaisir à vos questions.

**Le président:** Je crois que vous étiez dans la salle lorsque le sénateur Murray a discuté de l'établissement des taux avec la ministre.

**Mme Fraser:** Oui.

**Le président:** Auriez-vous des commentaires à faire sur l'approche utilisée pour élaborer un mécanisme d'établissement des taux? La ministre et les représentants du ministère des Finances ont parlé d'un document qui sera publié à l'automne et qui sera suivi d'un processus de consultation. Que pensez-vous du processus en général? Faites-vous partie du groupe interministériel qui collabore à la préparation de ce document?

**Mme Fraser:** Monsieur le président, c'est la première fois que j'entends parler de ce processus.

**Le président:** Je sais déjà à quoi m'en tenir en ce qui concerne ma deuxième question.

**Mme Fraser:** À ce que je sache, le Bureau du vérificateur général n'a pas participé à ce processus. Je n'ai aucune critique ou commentaire à faire au sujet du processus tel qu'il a été décrit aujourd'hui.



**The Chairman:** I am surprised by your answer to my second question. Is there some reason why the Auditor General would not be involved in that kind of process? As an example, when looking at changing the law affecting financial institutions, the Office of the Superintendent of Financial Institutions, even though it is a regulatory agency, is very much involved in the negotiations. It is not uncommon to have the CRTC involved in discussions with interdepartmental groups on changes to acts affecting the broadcasting industry or telecommunications.

Is there any reason, historically, that the Auditor General would not be involved in such an accounting type of issue — one on which you have spoken out?

**Ms Fraser:** The office takes great care not to get into policy issues per se. We will advise on implementation or give our comments where we think it is appropriate. However, we do not think that we should be involved in determining policy.

**The Chairman:** To that extent, you are truly the outside auditor as opposed to the internal auditor in the business concept of the role.

**Ms Fraser:** That is right. We rigorously maintain our independence.

**Senator Murray:** Mr. Ken Dye, the Auditor General who preceeded Mr. Desautels, was sufficiently strong in his representations that the government of the day consolidated the EI account into the general account of the government. As I understood his argument at the time, it was that as long as the government had to pick up any deficit and as long as the government could lay hands at will on any surplus, the EI fund ought to be consolidated into the government accounts. At the time, the EI account was running a deficit and Mr. Dye said that that deficit should be added to the budget deficit of the Minister of Finance, so they were consolidated.

At about the same time, the government stopped making contributions. To some extent, that has led to the situation in which we are today and that whole chapter in the history of the fund.

Mr. Desautels told the House of Commons committee that it is a notional fund, a notional account and that there is no separate bank account. It is consolidated. He then said, however, that there is a law about how premiums should be set and so on and that we must abide by the law.

I suppose that you will not comment on this, but it is fairly apparent to me and to many people, that EI premiums are, more and more, simply a payroll tax and are being used for the general purposes of the government in various departments of the government.

Where will this review lead us? I wonder whether it will lead us to a situation in which we will have, in law as well as in fact, simply a payroll tax and whether we will do away with the fiction that there is an EI account and simply impose a payroll tax like any other tax to use for whatever purposes the government wishes.

**Le président:** Votre réponse à ma deuxième question m'étonne. Comment se fait-il que le vérificateur général ne participe pas à ce genre de processus? En ce qui concerne par exemple l'apport de diverses modifications à la loi concernant les institutions financières, le Bureau du surintendant des institutions financières, bien qu'il soit un organisme de réglementation, participe activement aux négociations. Le CRTC, quant à lui, participe généralement aux discussions avec les groupes interministériels qui portent sur diverses modifications à des lois concernant le secteur de la radiodiffusion ou des télécommunications.

Y a-t-il une raison pour que le vérificateur général ne participe pas à un tel processus, bien qu'il relève du domaine de la reddition de comptes, problème que vous avez abordé dans vos rapports?

**Mme Fraser:** Le bureau évite soigneusement de se mêler des politiques proprement dites. Nous faisons des recommandations concernant leur mise en oeuvre, ou des commentaires, lorsque nous pensons que c'est pertinent. Nous estimons toutefois que nous n'avons pas à participer à l'élaboration des politiques.

**Le président:** En ce sens, vous êtes un vérificateur externe et ne jouez pas le même rôle qu'un vérificateur interne dans une entreprise.

**Mme Fraser:** C'est exact. Nous veillons soigneusement à conserver notre indépendance.

**Le sénateur Murray:** Le vérificateur général précédent, M. Ken Dye, ne mâchait pas ses mots lorsqu'il signalait que le gouvernement intégrait le compte de l'AE à ses comptes généraux. Si j'ai bien compris les raisons qu'il a invoquées, le gouvernement continuera d'agir ainsi tant qu'il devra éponger les déficits éventuels et tant qu'il pourra mettre le grappin à volonté sur tout excédent. À l'époque, le compte de l'AE accusait un déficit et M. Dye a dit que ce déficit devait être ajouté au déficit budgétaire du ministre des Finances; c'est ainsi que les comptes ont été consolidés.

Très peu de temps après, le gouvernement a cessé de contribuer au compte. C'est en partie ce qui a causé la situation actuelle et c'est de là que vient ce chapitre de l'histoire de la caisse.

M. Desautels a dit au comité de la Chambre des communes que c'est une caisse ou un compte théorique et qu'il n'y a pas de compte bancaire distinct. Il est consolidé. Il a ajouté que la loi indique comment les taux de cotisation devaient être établis, et qu'elle donne également d'autres directives, et qu'il fallait par conséquent la respecter.

Je suppose que vous ne ferez pas de commentaires à ce sujet, mais il est assez évident, à mes yeux et à ceux de bien d'autres personnes, que les cotisations d'AE ressemblent de plus en plus à une charge sociale et que le gouvernement utilise ces recettes pour financer des activités générales, dans divers ministères.

Où nous mènera cet examen? Je me demande si, au bout du compte, l'AE ne deviendra pas une charge sociale comme les autres, dont le gouvernement pourrait disposer à sa guise, après avoir cessé de feindre qu'il existe un compte de l'AE.

Would the Auditor General, in your field of responsibility, have concerns about that and, if so, what would those concerns be?

Are there any arguments from your perspective, as opposed to from a policy perspective, against what will be recommended by the next set of witnesses at the table, that being that we have an EI fund which is at arm's length from the government? Are there serious arguments, from the Auditor General's point of view, against that?

**Ms Fraser:** On the consolidation of the EI account, Senator Murray, you are correct that there is no bank account per se. It is a notional account that is basically used to determine, in many ways, the experience of the EI plan and which we believe should be used in determining the rate process.

Auditors general have been consistent in the view that Employment Insurance is a government program like many other government programs. It is funded somewhat differently because there is a special rate for it, but it is a program of government. Government can change it at will. Therefore, that program should be included in the Public Accounts of Canada.

As long as it is subject to change by government, whether it is an arm's-length organization is a moot point. It would still be considered a government program, in our view. As you may have seen in some of Mr. Desautels' last reports, we are increasingly concerned about organizations and entities that are being created outside the sphere of the central government, on which there is very little information or accountability to Parliament.

Our concerns about some other organization being created are with regard to accountability. As long as the government can set rates and determine benefits, it is a government program and those amounts should be included in the Public Accounts of Canada.

I cannot really comment on where the review will lead us. If it should become a tax, as you have hypothesized, it would be a revenue in the Public Accounts of Canada, the expenses would be paid out and I presume that there would be no more tracking of an EI account — but we would have to see.

Obviously, this is a suspension for two years. If the law is not changed, we will go back to the way it currently is with an EI account and a rate-setting process, as is described in the current legislation.

**Senator Murray:** Is the tracking element important, from the Auditor General's perspective?

**Ms Fraser:** It is important when we refer to the text regarding the establishment of the rate and when we say the rate should ensure sufficient revenue over a period of time. That is the issue we have.

Est-ce que, dans son domaine de compétence, le vérificateur général a des préoccupations à ce sujet et, s'il en a, quelles sont-elles?

Y a-t-il, à votre point de vue, qui n'est pas un point de vue politique, des arguments qui vont à l'encontre de la recommandation que fera le prochain groupe de témoins, à savoir que la caisse d'AE devienne une caisse indépendante? Y a-t-il des arguments importants qui s'opposent à cela, vu sous l'angle du vérificateur général?

**Mme Fraser:** Sénateur Murray, vous avez raison en ce qui concerne la consolidation du compte de l'AE; il n'y a pas de compte bancaire distinct. Il s'agit d'un compte théorique qui sert principalement à déterminer, de diverses façons, l'efficacité du Régime d'AE et qui devrait, à notre avis, servir à déterminer le processus d'établissement des taux de cotisation.

Les divers vérificateurs généraux ont toujours considéré l'assurance-emploi comme un programme gouvernemental parmi tant d'autres. Son financement est différent parce qu'il est assorti d'un taux de cotisation spécial, mais c'est un programme fédéral. Le gouvernement peut le modifier à volonté. Par conséquent, ce programme doit être inclus dans les Comptes publics du Canada.

Tant qu'il pourra être modifié par le gouvernement, il est inutile de vouloir créer un organisme indépendant. Il serait considéré de toute façon comme un programme gouvernemental. Comme vous l'avez peut-être constaté en lisant certains des derniers rapports de M. Desautels, la création de divers organismes indépendants du gouvernement central, sur lesquels on n'obtient que de maigres renseignements ou qui n'ont pas beaucoup de comptes à rendre au Parlement, nous préoccupe de plus en plus.

En ce qui concerne la perspective de la création d'un autre organisme indépendant, c'est la question de la reddition de comptes qui nous préoccupe. Tant que le gouvernement pourra établir les taux de cotisation et le montant des prestations, il s'agira d'un programme gouvernemental et, par conséquent, les comptes de ce programme doivent faire partie des Comptes publics du Canada.

Je ne peux pas faire de commentaires sur l'issue de cet examen. Si, comme vous l'avez supposé, cela devenait une taxe comme les autres, elle représenterait un revenu pour les Comptes publics du Canada; les dépenses seraient payées à même ce compte et je présume qu'il n'y aurait plus de compte de l'AE à surveiller; il faudrait voir.

De toute évidence, il s'agit d'une suspension pour deux ans. Si la loi n'est pas modifiée, nous reviendrons à la formule actuelle avec un compte de l'AE et un processus d'établissement des taux de cotisation tels qu'énoncés dans les dispositions actuelles de la loi.

**Le sénateur Murray:** Est-ce que, du point de vue du gouverneur général, la surveillance est un facteur important?

**Mme Fraser:** Oui, lorsqu'on se base sur les dispositions concernant l'établissement du taux de cotisation et lorsqu'on dit que le taux devrait produire des revenus suffisants pendant une certaine période. C'est là notre problème.



**Senator Murray:** In effect, you are quoting the law. I wish to know, from an auditor general's point of view, given the way the money is raised for the supposed purpose of the EI program, is it important to have a law, which provides for tracking and all of rest of it, with the criteria set out? Would you advise against bringing in a law that would do away with that?

**Ms Fraser:** I would not be concerned if there were not an account, if, on the other hand, there were clear definitions as to how the rates were to be established, with some kind of benchmarking or reference points as to how rates are established.

**Senator Murray:** Does that exist for any other tax? I am obviously being the devil's advocate — and I do mean the devil, the Department of Finance. There is no such criteria for any other tax that is imposed by the government.

**Ms Fraser:** Your are right.

**Senator Murray:** Why would it be important for a payroll tax at this time?

**Ms Fraser:** I do not have an answer to that.

**Senator Murray:** That depends on several hypotheses that I put forward.

Are you concerned about the purposes for which the fund is used by the government? It has grown from a simple insurance fund to cover all kinds of government programs. There is almost \$1 billion that goes to transfers to the provinces. Perhaps the figure is less than that. Anyway, much of the money in that fund goes to transfers to the provinces for various HRDC programs. All these changes have been made by legislation. Parliament has decided. Does it not concern you, in view of the way that the money is raised and the ostensible purpose for which it is raised, that Parliament — let us not blame governments — has decided to use the fund for other purposes? Is that a concern of the Auditor General?

**Ms Fraser:** I have two responses to that. First, in the actual tracking of the EI account, only certain expenses, which are specified in the act, can be charged to that account. Expenses that have absolutely nothing to do with employment insurance programs cannot go to that account, so expenses seen in the financial statement of the EI account per se are those that are directly related to that account.

If you apply the theory that the rates would be set so that over time it would balance out, there would be no issue because the revenues over time would equal those expenses that have been deemed appropriate for that account.

**Senator Murray:** Who decides what is appropriate?

**Ms Fraser:** It is specified in the legislation.

**Senator Murray:** Yes. In other words, you are giving me the answer I suggested right off the top. The legislation has decided. The fact is, when it comes to designing the programs under the

**Le sénateur Murray:** En fait, vous citez la loi. Je voudrais savoir si, compte tenu de la façon dont les fonds nécessaires sont recueillis pour financer, théoriquement, le régime d'AE, est-il important, pour le vérificateur général, qu'il y ait une loi contenant des dispositions sur la surveillance, entre autres choses, et énonçant les critères correspondants? Déconseilleriez-vous d'adopter une mesure législative qui mettrait fin à tout cela?

**Mme Fraser:** L'absence de compte ne me préoccuperait pas pour autant que la méthode d'établissement des taux de cotisation soit énoncée clairement et que l'on ait des points de repère ou de référence.

**Le sénateur Murray:** Est-ce le cas pour toute autre taxe? Je me fais l'avocat du diable et, par diable, j'entends le ministère des Finances. Aucun critère de ce genre n'est prévu pour les autres taxes perçues par le gouvernement.

**Mme Fraser:** C'est exact.

**Le sénateur Murray:** Pourquoi serait-ce important dans ce cas-ci?

**Mme Fraser:** Je ne suis pas en mesure de vous le dire.

**Le sénateur Murray:** Cela dépend des diverses hypothèses que j'ai avancées.

Êtes-vous préoccupée par l'utilisation que le gouvernement fait de la caisse? C'est une caisse d'assurance qui sert maintenant à financer toutes sortes de programmes gouvernementaux. Près d'un milliard de dollars sont utilisés pour les paiements de transfert aux provinces. C'est peut-être un peu moins que cela. Peu importe, une bonne partie des fonds que contient cette caisse est utilisée pour les paiements de transfert faits aux provinces pour divers programmes de DRHC. Tous ces changements ont été apportés par le biais de la loi. C'est donc en fin de compte le Parlement qui en a décidé ainsi. Le fait que le Parlement — pour ne pas rejeter toute la responsabilité sur les gouvernements — ait décidé d'utiliser cette caisse à d'autres fins ne vous préoccupe-t-il pas, étant donné le mode de perception de ces fonds et le but précis dans lequel ils sont recueillis? Est-ce un sujet de préoccupation pour le vérificateur général?

**Mme Fraser:** J'ai deux réponses à cette question. La première est que, en ce qui concerne la vérification du compte de l'AE, certaines dépenses seulement, spécifiées dans la loi, peuvent être portées à ce compte. Les dépenses n'ayant rien à voir avec les programmes d'assurance-emploi ne peuvent pas être portées à ce compte et, par conséquent, les dépenses qui figurent dans les états financiers du compte de l'AE proprement dit sont celles qui y sont directement liées.

Si l'on part du principe que les taux devraient être établis de façon à ce que les recettes et les dépenses s'équilibrent à la longue, cela ne poserait pas de problèmes puisque les recettes seraient égales aux dépenses jugées appropriées pour ce compte.

**Le sénateur Murray:** Qui décide quelles dépenses sont appropriées?

**Mme Fraser:** C'est spécifié dans la loi.

**Le sénateur Murray:** Oui. Autrement dit, vous me donnez la même réponse que celle que j'avais suggérée d'emblée. La loi a tranché. En fait, en ce qui concerne les programmes qui sont



legislation, you will find that the EI fund is being used to finance most of the labour market training and development programs of the federal government. Money is being transferred to the provinces for this purpose — to benefit people who are not eligible for EI at all.

**Ms Fraser:** As the good senator can appreciate, we cannot comment on policy.

**Senator Murray:** We will leave it at that for the moment.

**The Chairman:** I wish to follow up on two points made by Senator Murray.

Even though you cannot comment on policy, once the document is made public in the fall that deals with options to the review process, would you have any reluctance to appear before a committee like this to give your views on the options in the paper?

**Ms Fraser:** None at all.

**The Chairman:** We have no disagreement on the issue of the size of the surplus.

With regard to breaking even over the business cycle, there are two ways to do that. One is to require that, over the business cycle effectively, the net balance should be zero. Another way of doing the same thing would be to say that under no circumstances should the fund ever have a deficit. In other words, this is more than breaking even. The fund should never be in arrears.

Either of those methods could be called balancing the fund over the business cycle. Do you have a view on which of those is the appropriate measure for balancing it over the business cycle?

**Ms Fraser:** No, I do not.

**The Chairman:** Do you understand my distinction?

**Ms Fraser:** Yes. I would refer the committee to the Chief Actuary's Report, which indicated a balance of \$10 billion to \$15 billion immediately before a recession. That would be the latter case that you mentioned, that it could never go into a deficit.

**The Chairman:** That is the classic actuarial position on many other insurance issues.

**Ms Fraser:** It would almost be the worst-case scenario. He is recommending a balance of \$10 billion to \$15 billion.

**The Chairman:** I was simply trying to understand the definition you were using. Chief actuaries of insurance companies do not take breaking even as being zero. They take breaking even to mean that in the worst-case scenario you never actually go below zero. Is that a reasonable interpretation? Do you mean the same thing?

**Ms Fraser:** Yes. I think, Mr. Chairman, that is the most prudent position to take. Going into a downturn, you would not want to go negative.

conçus dans le cadre d'une mesure législative, on constate que la caisse d'AE sert à financer la majeure partie des programmes fédéraux de formation et de perfectionnement axés sur l'accès au marché du travail. C'est dans ce but que des fonds sont transférés aux provinces, c'est pour aider les personnes qui ne sont pas admissibles du tout à l'AE.

**Mme Fraser:** Comme le sénateur peut s'en rendre compte, nous ne pouvons pas faire de commentaires sur les politiques.

**Le sénateur Murray:** J'arrête de poser des questions pour l'instant.

**Le président:** Je voudrais poser des questions sur deux sujets qui ont été abordés par le sénateur Murray.

Même si vous ne pouvez pas faire de commentaires sur les politiques, auriez-vous des objections à témoigner devant un comité comme le nôtre pour exprimer vos opinions sur les options qui seront exposées dans le document qui doit être publié à l'automne?

**Mme Fraser:** Aucune.

**Le président:** Nous sommes d'accord en ce qui concerne la taille de l'excédent.

Pour ce qui est d'équilibrer les recettes et les dépenses sur un cycle économique, il y a deux façons d'y arriver. L'une consiste à exiger que le solde net soit nul à la fin du cycle économique en question. Une autre façon d'arriver au même résultat consisterait à décider que la caisse ne peut en aucun cas être déficitaire. Autrement dit, il ne s'agit plus seulement de couvrir les frais mais de ne jamais être en déficit.

Dans les deux cas, on pourrait dire que les dépenses et les recettes sont équilibrées sur la durée du cycle économique. Pouvez-vous dire laquelle de ces deux méthodes vous semble la plus appropriée?

**Mme Fraser:** Non, je ne peux pas le dire.

**Le président:** Comprenez-vous la distinction que je fais?

**Mme Fraser:** Oui. Je vous conseille de consulter le rapport de l'actuaire en chef qui recommande un solde de 10 à 15 milliards de dollars à la veille d'une récession. Ce serait le dernier cas que vous avez mentionné, à savoir que la caisse ne devrait jamais être en déficit.

**Le président:** C'est l'opinion actuarielle classique pour bien d'autres types d'assurances.

**Mme Fraser:** L'actuaire en chef recommande un solde de 10 à 15 milliards de dollars pour pouvoir faire face au pire.

**Le président:** J'essayais tout simplement de comprendre la définition que vous utilisez. Dans les compagnies d'assurance, les actuaires en chef ne considèrent pas que l'on peut rentrer dans ses frais quand le solde est nul. Pour eux, rentrer dans ses frais signifie que, dans la pire des éventualités, le solde ne soit jamais négatif. Est-ce une interprétation raisonnable? Êtes-vous du même avis?

**Mme Fraser:** Oui. Monsieur le président, je crois que c'est la mesure la plus prudente sinon, on pourrait se retrouver avec un solde négatif en cas de ralentissement économique.

**Senator Graham:** You made reference to the Chief Actuary's estimation of \$10 billion to \$15 billion that would be necessary in the reserve. The reserve now stands at an estimated \$35 billion. Does the Auditor General have an amount in mind that would provide an adequate comfort zone for the government of the day?

**Ms Fraser:** We do not have an amount in mind. We are asking that the process used to establish the rates indicate how those rates were established. The Chief Actuary is recommending \$10 billion to \$15 billion. There could be other factors that are being considered such that the greater reserve is necessary but we have not received an explanation of that.

**Senator Graham:** In effect, you would not be in a position to say that the current \$35 billion reserve would be excessive?

**Ms Fraser:** I can only comment that we have not received sufficient explanation to justify \$35 billion, nor the establishment of the rates as they currently are. We, therefore, are not able to conclude that the rate-setting process meets the legislation, as it currently stands.

**Senator Graham:** In your opinion, does the reserve represent a legal liability on the part of the government to EI contributors?

**Ms Fraser:** No, it does not.

**Senator Robertson:** I have a statement. I do not expect you to answer it now. I will make it anyway.

I am learning some interesting things. If we are moving in the direction that I understand, why call it Employment Insurance if your policies are moving to a tax on the employed and those who employ? We had better change the name and let the public know. It is unclear where we are going.

**The Chairman:** I think calling it a tax was introduced by Senator Murray, partly tongue in cheek. Nevertheless, I think it is fair to say that the government witnesses did not call it a tax.

**Senator Robertson:** I do not expect you to respond to that. I will think more about this.

**The Chairman:** There are no further questions. Thank you for coming, Ms Fraser, and thank you to your staff.

Our final sets of witnesses are from the Canadian Labour Congress and from the Canadian Restaurant and Foodservices Association. From the Canadian Restaurant and Foodservices Association we have Joyce Reynolds, the Senior Director of Governmental Affairs and Mike Ferrabee, who is Vice-President of the Governmental Affairs. From the Canadian Labour Congress we have Kevin Hayes, who is the Senior Economist and Nancy Riche, Secretary Treasurer.

I will begin with the witnesses from the Canadian Restaurant and Foodservices Association.

**Le sénateur Graham:** Vous avez dit que l'actuaire en chef estimait qu'il serait nécessaire d'avoir une réserve de 10 à 15 milliards de dollars. Actuellement, la réserve se chiffre à 35 milliards de dollars, d'après les estimations. Le vérificateur général a-t-il un chiffre en tête qui permettrait au gouvernement au pouvoir d'avoir une marge de sécurité suffisante?

**Mme Fraser:** Non. Nous demandons que le processus d'établissement des taux indique comment les taux en question ont été fixés. L'actuaire en chef recommande une marge de sécurité de 10 à 15 milliards de dollars. D'autres facteurs pourraient entrer en ligne de compte; on pourrait estimer notamment qu'une réserve plus importante serait nécessaire, mais nous n'avons pas reçu d'explication à ce sujet.

**Le sénateur Graham:** Voulez-vous dire que vous n'êtes pas en mesure d'affirmer que la réserve actuelle de 35 milliards de dollars est excessive?

**Mme Fraser:** Tout ce que je peux dire, c'est que nous n'avons pas reçu suffisamment de renseignements pour justifier une réserve de 35 milliards de dollars ni les taux actuels. Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure de tirer la conclusion que le processus d'établissement des taux de cotisation est conforme aux dispositions actuelles de la loi.

**Le sénateur Graham:** Est-ce que, à votre avis, la réserve représente une obligation légale du gouvernement envers les cotisants?

**Mme Fraser:** Non.

**Le sénateur Robertson:** J'ai une question à poser. Je ne m'attends pas à ce que vous répondiez immédiatement. J'essaie toujours.

J'apprends des choses intéressantes. Si la situation évolue comme je le comprends, pourquoi appeler cela de l'assurance-emploi étant donné que vos politiques en font une charge fiscale pour les employés comme pour les employeurs? Il vaudrait mieux qu'on lui donne un autre nom et que les citoyens sachent à quoi s'en tenir. On ne sait plus très bien à quoi on a affaire.

**Le président:** Je crois que c'est le sénateur Murray qui a commencé à parler de taxe sur un ton qui pourrait être qualifié d'ironique. Quoi qu'il en soit, les représentants du gouvernement qui ont témoigné n'ont pas employé ce terme.

**Le sénateur Robertson:** Je ne m'attends pas à ce que vous répondiez à cette question. J'y réfléchirai encore.

**Le président:** Mes collègues n'ont plus d'autres questions à poser. Merci d'être venue, madame Fraser. Je remercie également les personnes qui vous accompagnent.

Nos derniers groupes de témoins sont les représentants du Congrès du travail du Canada et ceux de l'Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires. Les représentants de l'Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires sont Joyce Reynolds, directrice principale des Affaires gouvernementales, et Mike Ferrabee, qui est vice-président de ce service. Ceux du Congrès du travail du Canada sont Kevin Hayes, économiste principal, et Nancy Riche, secrétaire-trésorière.

Je donne d'abord la parole aux représentants de l'Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires.



I recall lengthy conversations with your organization when we were attempting to deal with the harmonized sales tax issue in the Atlantic region. The committee was instrumental in solving a problem that you raised.

**Mr. Mike Ferrabee, Vice-President, Governmental Affairs, Canadian Restaurant and Foodservices Association:** Mr. Chairman, I would like to acknowledge the wonderful work that this committee did when we dealt with the issue of tax-included pricing in Atlantic Canada.

**The Chairman:** It was actually the Banking Committee.

**Mr. Ferrabee:** My apologies, you are right, it was the Banking Committee.

Honourable senators, our industry represents 15,500 members who control 46,500 outlets across Canada. Most important, in the context of Bill C-2, our industry employs almost 1 million Canadians, or approximately 6.5 per cent of all employees in Canada. A disproportionate percentage of our workforce is young people, women and first-time entrants into the labour force. Our industry pays \$535 million annually into the program. As employers, we pay 60 per cent of the costs of the EI program.

I am sure you can well imagine that, as an industry that is dominated by small businesses, we have strong opinions on the existing EI program and views on how it should be reformed. We believe it is in desperate need of reform but that is not my focus today. We have come here today to draw your attention to one simple clause — seemingly innocuous in some people's minds — in the bill. However, we believe the clause is profoundly anti-democratic and, I would maintain, dangerous.

I think you all know, as legislators, that we, in Canada, have the greatest concentration of power at the executive level of any democracy in the Western world. Clause 9 of the bill suggests that this executive control be further enhanced by having the rates set for the next two years by Order in Council. This clause will allow the government to completely bypass the EI Commission.

You must ask yourself why the government would suggest this. We ask whether the EI account perhaps is in deficit. That would perhaps be an understandable reason. I think we all know that that is hardly the case. There is a \$35 billion surplus in the EI account so, clearly, it is not an issue of the fund being in deficit. Are the country's finances perhaps in jeopardy? We all know the answer to that: Of course not. They, as well, are in a surplus. As far as I am concerned, it is simply a power grab by the executive.

Where there once was a consultative committee that examined and recommended a rate, there will now be one more decision made behind closed doors. This committee should send a message back to the executive that consultation and democracy are

Je me souviens des longues conversations que nous avons eues avec des représentants de votre association lorsque nous tentions d'examiner la question de la taxe de vente harmonisée dans la région de l'Atlantique. Nous avons contribué à résoudre un problème sur lequel vous aviez attiré notre attention.

**M. Mike Ferrabee, vice-président, Affaires gouvernementales, Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires:** Monsieur le président, je tiens à vous féliciter pour l'excellent travail que votre comité a fait à propos de l'inclusion de la taxe dans le prix de vente dans la région de l'Atlantique.

**Le président:** C'était le Comité permanent des banques.

**M. Ferrabee:** Excusez-moi. Vous avez raison, c'était le comité des banques.

Honorables sénateurs, notre industrie représente 15 500 membres qui exploitent 46 500 établissements dans les diverses régions du pays. Ce qui est le plus important, dans le contexte du projet de loi C-2, c'est qu'elle emploie près d'un million de Canadiens, soit environ 6,5 p. 100 de la population active du pays. Un pourcentage très élevé de nos employés sont des jeunes, des femmes et de nouveaux membres de la population active. Notre secteur verse environ 535 millions de dollars par an en cotisations d'AE. Comme employeurs, nous payons 60 p. 100 des frais du régime d'AE.

Étant donné que notre secteur comprend surtout de petites entreprises, vous n'aurez certainement aucune difficulté à comprendre que nous ayons des opinions très précises sur le régime actuel et sur les changements qu'il faudrait y apporter. Nous croyons qu'il est grand temps de procéder à une réforme de ce régime, mais ce n'est pas l'objet principal de notre exposé. Nous sommes ici pour attirer votre attention sur un article en particulier du projet de loi, qui peut sembler inoffensif à première vue. Nous estimons toutefois que cet article est fondamentalement antidémocratique, voire dangereux.

Comme législateurs, vous savez probablement que le Canada est, de tous les pays démocratiques occidentaux, celui où la concentration des pouvoirs au niveau de l'exécutif est la plus forte. L'article 9 du projet de loi laisse prévoir un accroissement des pouvoirs de l'exécutif du fait que les taux de cotisation seront fixés pour les deux prochaines années par décret du conseil. Cet article permettra au gouvernement de prendre des décisions sans même consulter la Commission de l'AE.

Il convient de se demander pour quelles raisons. Ce serait peut-être compréhensible si le compte de l'AE était déficitaire mais nous savons très bien que c'est loin d'être le cas. Il affiche actuellement un excédent de 35 milliards de dollars et, par conséquent, on ne peut invoquer le prétexte d'un déficit pour justifier une telle initiative. La situation financière du pays est-elle alarmante? Nous savons tous que non. Le budget affiche également un excédent. En ce qui me concerne, cette décision s'explique par la soif de pouvoir de nos dirigeants.

Alors que c'est une commission consultative qui est chargée de recommander les taux de cotisation, avec le changement proposé, cela ferait une décision de plus prise unilatéralement. Vous devriez faire savoir à l'exécutif que la consultation et la démocratie sont



important, that the executive already decides most things and that it should take its mitts off this decision making.

This committee should further recommend that an arm's-length commission should be set up to ensure the grabbing hands of the executive do not, over time, whittle away at the right of those who pay for the program to have input into the EI rate.

I will turn to Joyce Reynolds now.

**Ms Joyce Reynolds, Senior Director of Governmental Affairs, Canadian Restaurant and Foodservices Association:** As Mr. Ferrabee mentioned, our purpose for appearing here today is to convey our concerns about the diversion of EI premiums to purposes unrelated to employment insurance and to appeal to honourable senators to omit clause 9 of the bill, which strips the EI commission of its rate-setting powers.

There was not a single witness in the other place who supported this section of the bill and almost every single group that appeared expressed its adamant opposition. Business and labour are united in denouncing the government's plan to shut employers and employees completely out of the premium rate-setting process.

All four opposition parties have attacked this undemocratic and gratuitous provision, which will allow the government to overcharge premium payers indefinitely and, even worse, allow the government to confiscate the money currently owed to premium payers.

We do not agree with labour on the need to eliminate the intensity rule and reduce clawbacks for high income seasonal workers. This will help relatively well-off Canadians who work only part of the year and hurt low-income Canadians in our industry who work year round.

We are in agreement with the IMF assessment of Bill C-2 and its call for new measures to enhance labour market flexibility and to lower structural unemployment. It is our hope that this committee will recognize the need for a thorough study of the EI program and that your efforts will lead to a serious re-examination of the program.

We believe there is not much that can be done at this point to prevent reversals to the 1996 legislative changes contained in Bill C-2 from being passed. We therefore will focus our time today on the provision that all premium payers to this insurance program agree must go, which is clause 9. We believe this is the area where the Senate, which does have the opportunity to provide sober second thought, can make the most difference.

The Canadian Restaurant and Foodservices Association, CRFA, is also asking the Senate committee to support CFRA's proposal for the introduction to the EI program of a yearly basic exemption, YBE.. Bill C-2 focuses exclusively on the benefit side of the

importantes, que la plupart des décisions sont déjà prises par lui et qu'il aurait intérêt à s'abstenir d'intervenir, dans le cas présent.

Vous devriez en outre recommander d'instituer une commission indépendante qui veillerait à ce que l'exécutif, dans sa soif de pouvoir, ne puisse grignoter le droit des citoyens, qui financent le régime, d'avoir leur mot à dire dans l'établissement du taux.

Je passe maintenant la parole à Joyce Reynolds.

**Mme Joyce Reynolds, directrice principale, Affaires gouvernementales, Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires:** Comme l'a signalé M. Ferrabee, nous sommes là aujourd'hui pour vous faire part de nos préoccupations au sujet du détournement des cotisations d'AE à des fins qui n'ont aucun rapport avec l'assurance-emploi et vous prier de supprimer l'article 9 du projet de loi qui prive la Commission de l'assurance-emploi de ses pouvoirs d'établissement du taux de cotisation.

Aucun autre témoin à l'autre endroit n'a appuyé cet article du projet de loi et presque tous les groupes qui ont témoigné ont manifesté leur opposition de façon catégorique. Les entreprises et les travailleurs dénoncent à l'unanimité le projet du gouvernement d'exclure totalement les employeurs et les salariés du processus d'établissement du taux de cotisation.

Les représentants des quatre partis de l'opposition ont critiqué cette disposition antidémocratique et parfaitement inutile qui permettra au gouvernement d'imposer indéfiniment des taux de cotisation trop élevés aux cotisants, voire pire encore, de confisquer des fonds qui leur appartiennent actuellement.

Contrairement aux représentants syndicaux, nous ne sommes pas convaincus de la nécessité de supprimer la règle de l'intensité et de réduire les taux de récupération en ce qui concerne les travailleurs saisonniers à revenu élevé. Une telle initiative serait avantageuse pour les Canadiens qui ont un revenu relativement confortable mais qui ne travaillent qu'une partie de l'année mais désavantagerait, par contre, les petits salariés de notre secteur qui travaillent toute l'année.

Nous sommes d'accord avec le FMI en ce qui concerne son opinion sur le projet de loi C-2 et sa recommandation portant sur l'adoption de nouvelles mesures visant à accroître la flexibilité du marché du travail et à réduire le chômage structurel. Nous espérons que vous reconnaîtrez qu'il est nécessaire de faire une étude minutieuse du régime d'AE et que vos efforts aboutiront à un réexamen en profondeur du régime.

Nous estimons que l'on ne peut pas faire grand-chose en ce moment pour empêcher l'adoption des dispositions du projet de loi C-2 qui constituent un revirement par rapport aux modifications qui avaient été apportées à la loi en 1996. Par conséquent, nous parlerons principalement de la disposition qui, de l'avis unanime des cotisants, doit disparaître, soit l'article 9. Nous estimons que c'est à ce niveau-là que le Sénat, puisqu'il a l'occasion de procéder à un second examen impartial, peut s'avérer le plus efficace.

L'Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires, l'ACRSA, demande en outre à votre comité d'appuyer sa recommandation concernant l'inclusion d'une exemption annuelle de base (EAB) dans le régime d'AE. Le projet

Employment Insurance program and fails to address the cost side. The 1996 legislation added huge costs for entry level employers in labour-intensive businesses such as food service. A YBE within the EI program will make this payroll tax less regressive and less punishing to labour-intensive businesses and low-income Canadians.

As everyone knows, employment insurance was established as an insurance program and the premiums supporting this program are now paid exclusively by employers and employees. Until 1990 the federal government contributed up to 20 per cent of EI receipts to defray the costs of regionally extended benefits and benefits for self-employed fishermen. Now not only do employers and employees bear all the costs but more than 40 per cent of their premium payments are being used by government for programs which have no relationship whatsoever to employment insurance. There is approximately \$35 billion currently sitting in the EI account. This will increase to \$39 billion by year end — and that is using the most conservative estimates of the unemployment rate.

The government has indicated its motivation for stripping the commission of its rate-setting powers is to establish a new rate-setting process on a moving forward basis. This moving forward basis means that rates would be set without taking into consideration the cumulative surplus in the EI account or the interest owing to the EI account. This would simply wipe out a \$39 billion moral obligation to the employers and employees of this country. That is unconscionable.

This would be like a bank confiscating my savings. Sure, I know that the bank account is only a notional account and that money that I deposit to the bank is used for other purposes but there still is legislation protecting my investment, just as there is legislation protecting the investment of EI premium payers.

According to the Auditor General:

The Act stipulates that all premiums must be credited to the Employment Insurance Account and the Account may be used to pay benefits and cover support measures and administration costs. It would, therefore, not be legal to use the premiums or make payments from the Account for purposes other than those described in...the...Act.

Government has got around this legal obligation by maintaining a bookkeeping entry but irresponsibly amassing close to \$40 billion in this notional account. Now that the reserve has reached an embarrassingly high amount and there is no hope of government being able to pay it back, it is trying to change the rules.

Some members of Parliament tried to justify this approach as a result of the integration of the Employment Insurance account in 1986 with the Consolidated Revenue Account. They say that the

de loi C-2 est exclusivement axé sur les prestations et ne se préoccupe pas des coûts. La loi de 1996 a entraîné d'énormes coûts supplémentaires pour les employeurs qui embauchent des employés débutants dans des entreprises à forte proportion de main-d'oeuvre telles que celle des services alimentaires. Une EAB permettrait de rendre cette charge sociale moins régressive et moins punitive pour les entreprises à forte proportion de main-d'oeuvre et les travailleurs à faible revenu.

L'assurance-emploi est, comme tout le monde le sait, un régime d'assurance, et les cotisations qui permettent de le financer sont maintenant payées exclusivement par les employeurs et les employés. Jusqu'en 1990, le gouvernement fédéral apportait l'équivalent de 20 p. 100 ou presque des recettes de l'AE pour couvrir les coûts des prestations supplémentaires régionales et des prestations versées aux pêcheurs autonomes. À l'heure actuelle, ce sont non seulement les employeurs et les employés qui supportent tous les frais, mais plus de 40 p. 100 des cotisations qu'ils versent servent à financer des programmes gouvernementaux qui n'ont absolument rien à voir avec l'assurance-emploi. Le compte de l'AE accuse actuellement un excédent d'environ 35 milliards de dollars, qui atteindra 39 milliards de dollars d'ici la fin de l'année selon des prévisions extrêmement prudentes en ce qui concerne le taux de chômage.

Le gouvernement a dit que les raisons qui le poussaient à priver la commission de ses pouvoirs en matière d'établissement du taux de cotisation étaient d'instaurer un nouveau processus d'établissement des taux fondé sur les dépenses à venir. Les taux seraient par conséquent fixés sans tenir compte de l'excédent accumulé dans le compte de l'AE ou des intérêts qui sont dus à ce compte. Cette initiative déchargerait le gouvernement d'une obligation morale de 39 milliards de dollars envers les employeurs et les employés canadiens. Ce serait inadmissible.

C'est comme si ma banque confisquait mes économies. Certes, je sais que le compte en banque n'est qu'un compte théorique et que les sommes que j'y dépose sont utilisées à d'autres fins, mais il y a des lois et des règlements qui protègent mon placement tout comme il y a une loi qui protège l'investissement des cotisants de l'AE.

Selon le vérificateur général:

La loi stipule que toutes les cotisations doivent être créditées au compte de l'assurance-emploi et que le compte peut être utilisé pour acquitter les prestations et couvrir des mesures de soutien ainsi que des frais d'administration. Il ne serait donc pas légal d'utiliser les cotisations ou de se servir du compte pour faire des versements à d'autres fins que celles décrites aux articles [...] de la Loi [...]

Le gouvernement a contourné cette obligation en maintenant une inscription comptable mais en amassant de façon irresponsable près de 40 milliards de dollars dans ce compte théorique. Comme cette réserve a atteint des proportions embarrassantes et qu'il n'a aucun espoir d'arriver à rembourser cette somme, il essaie de changer les règles.

Plusieurs parlementaires ont essayé de justifier cette initiative en invoquant l'argument que le compte de l'assurance-emploi avait été intégré en 1986 au Compte du revenu consolidé. D'après



government has taken responsibility for the EI account in 10 of the last 18 years, implying that the EI account benefits from interest payments when it is in surplus but is bailed out by government when it is in deficit. In reality, the opposite is true.

Figure 2, on page 7 of our submission, shows the years that the account was in deficit. Those deficits were all paid back with interest. However, now that the EI account is in surplus, the government is proposing to set premium rates without taking into account the interest owing premium stakeholders. Using the bank analogy again, this would be like my bank saying to me that it was justified in confiscating my savings account and the interest it owed me because of a bank loan that I took out a decade earlier which I had paid back in full with interest.

By stripping the EI commission of its rate-setting powers, Bill C-2 gets rid of the limited accountability left in the EI program. The parliamentary process and these hearings are about accountability and integrity. There is an opportunity for the Senate to stand up for these important principles. We are appealing to you, as parliamentarians, to stop what will amount to the theft of EI premiums which have been paid in good faith by millions of working Canadians and their employers.

CRFA was asked in 1994 for feedback on a counter cyclical approach to premium rate setting. We agreed it made sense but said we could not support it unless there was a statutory guarantee that the surplus would be accumulated as a cushion for an economic downturn only. We said that surpluses have become too irresistible for governments and they have been commandeered for other initiatives.

It appears, seven years later, that our fears were well founded. That is why we appeal to you today, as guardians of the public trust, to have EI re-established as a truly stand-alone account, operated at arm's length from government, so that it is responsible to the needs and concerns of premium payers.

If government insists on viewing Employment Insurance as just another tax, then government must stop pretending it is employment insurance and make it a more progressive tax. Bill C-2 simply accelerates a disturbing trend whereby the tax burden is shifted from companies that earn income to companies that employ people. The payroll tax burden in Canada has been growing four times faster than in other G7 countries and Canada's payroll tax growth rate was third highest of 25 OECD countries between 1980 and 1996.

Payroll taxes punish labour intensive companies and lower income workers. They have a particularly negative effect on the food service industry, where a large proportion of employees are young and the tax rate, compared to their wages, is disproportionately high. This creates a disincentive to the hiring of young, inexperienced workers. As a result, young people suffer the greatest job losses when payroll taxes increase.

eux, le gouvernement a assumé la responsabilité du compte de l'AE pendant 10 des 18 dernières années et ce compte profite des intérêts versés lorsqu'il est excédentaire alors que la caisse est renflouée par le gouvernement lorsqu'il est déficitaire. C'est en réalité l'inverse.

La figure 2, à la page 7 de notre mémoire, indique les années au cours desquelles le compte a été déficitaire. Ces déficits ont tous été remboursés avec les intérêts. Cependant, comme le compte est excédentaire, le gouvernement propose de fixer les taux de cotisation sans tenir compte des intervenants auxquels ont dû de l'intérêt sur les cotisations. Pour reprendre le parallèle avec les banques, c'est comme si ma banque me disait qu'elle avait de bonnes raisons de confisquer mes économies et les intérêts qu'elle me doit sous prétexte qu'elle m'a fait un prêt il y a une dizaine d'années, même si je l'ai remboursé au complet, avec les intérêts.

En privant la Commission de l'AE de ses pouvoirs en matière d'établissement des taux, le projet de loi C-2 supprime complètement l'obligation déjà très restreinte de rendre des comptes sur le régime d'AE. Le processus parlementaire et les présentes audiences ont précisément pour but la reddition des comptes et l'intégrité. C'est une occasion pour le Sénat de défendre ces principes importants. Nous vous prions de mettre un terme à une initiative qui consiste, en quelque sorte, à voler les cotisations qui ont été versées de bonne foi par des millions de travailleurs ou travailleuses et par leurs employeurs.

On a demandé à notre association en 1994 de donner son opinion sur un système anticyclique d'établissement des taux de cotisation. Nous avons dit qu'un tel système paraissait raisonnable mais que nous ne pouvions pas l'appuyer sans avoir une garantie légale que l'excédent serait accumulé uniquement pour faire face à un ralentissement économique. Nous avons dit que les excédents s'étaient avérés des proies irrésistibles pour le gouvernement et qu'ils avaient été détournés vers d'autres initiatives.

Sept ans plus tard, nos craintes s'avèrent justifiées. C'est pourquoi, étant donné que vous êtes investis d'un mandat public, nous vous prions de réinstaurer un compte véritablement autonome, géré en toute indépendance du gouvernement, afin de répondre aux besoins et aux préoccupations des cotisants.

Si le gouvernement persiste à considérer l'assurance-emploi comme une autre charge fiscale, il doit cesser de feindre qu'il s'agit d'assurance-emploi et en faire une taxe plus progressive. Le projet de loi C-2 accélère une tendance inquiétante à alléger le fardeau fiscal des entreprises génératrices de revenus et à alourdir celui des entreprises créatrices d'emplois. Au Canada, les charges sociales ont augmenté quatre fois plus que dans les autres pays du G7 et le taux de croissance des charges fiscales a été le troisième le plus élevé des 25 pays de l'OCDE, entre 1980 et 1996.

Les charges sociales désavantagent les entreprises à forte intensité de main-d'œuvre et les petits salariés. Elles ont un effet particulièrement néfaste dans le secteur des services alimentaires où une forte proportion des employés sont des jeunes et où, par rapport au salaire, les charges fiscales sont excessives. Par conséquent, les employeurs hésitent à engager de jeunes travailleurs sans expérience et ce sont les jeunes qui sont les



Minister Martin acknowledged this in 1994 when he said:

We believe there is nothing more ludicrous than a tax on hiring. That's what high payroll taxes are. They have grown dramatically over time. They affect lower wage earners much more than those at the high end.

This statement is even truer today as the payroll tax burden has continued to grow. The 1996 legislation heaped more costs on entry level workers and their employers by eliminating the 15-hour week EI exemption. In recognition of this additional payroll tax burden, government legislated an EI rebate for employees earning less than \$2,000 per year and introduced the New Hires program and then the Youth Hires program for employers. The rebate does not help employees earning \$2,500 or \$3,000 or \$7,000 who still pay a disproportionate amount of their income to EI compared to higher income earners. Both the New Hires and the Youth Hires programs have expired, although the problem they were designed to address has grown.

A yearly basic exemption is incorporated into the Canada and the Quebec Pension Plans whereby the first \$3,500 of earnings is not subject to CPP/QPP premiums. CRFA proposes the establishment of a \$2,000 yearly basic exemption on EI premiums to make this program more progressive as well. A yearly basic exemption would be the simplest and most efficient way for government to target permanent EI premium relief to labour-intensive businesses and the companies hardest hit by profit-insensitive payroll taxes. It would be easy for employers and employees to administer because the precedent already exists within the CPP and the QPP. The costs, advantages, and ease of administration are outlined in our brief.

Again, we appreciate the opportunity to appear before you today. We urge the committee to restore integrity and accountability to the EI system by removing clause 9 from the bill and, instead, recommending that EI be restored to a stand-alone account administered at arm's length from government.

We trust that you will consider making the EI payroll tax burden less regressive by recommending the establishment of a yearly basic exemption. This will boost take-home pay and job opportunities for low income Canadians.

**Ms Nancy Riche, Secretary-Treasurer, Canadian Labour Congress:** Honourable senators, we support the bill, for the most part, because of a couple of things in it but having listened to the preceding brief I am almost ready to ask you to vote against it.

principales victimes des pertes d'emplois lorsque les charges sociales augmentent.

Le ministre Martin l'a reconnu en 1994, lorsqu'il a dit:

Nous pensons qu'il n'y a rien de plus ridicule qu'une taxe sur l'embauche. Car c'est en fait ce à quoi reviennent des charges sociales élevées. Elles ont progressé de façon spectaculaire au cours des ans. Elles affectent beaucoup plus les employés qui sont au bas de l'échelle des salaires que ceux qui sont à l'autre bout.

Cette déclaration est encore plus pertinente dans le contexte actuel, étant donné que les charges patronales ont continué d'augmenter. La loi de 1996 a encore accru les charges pour les travailleurs débutants et leurs employeurs en supprimant l'exemption d'AE prévue pour les semaines de 15 heures. Conscient de ces charges supplémentaires, le gouvernement a adopté une disposition prévoyant une réduction de cotisations pour les employés touchant moins de 2 000 \$ par an et a instauré deux programmes: «Pour l'embauche de nouveaux travailleurs» et «Pour l'embauche de jeunes travailleurs». Le dégrèvement n'aide pas les employés qui ont un revenu de 2 500 \$, 3 000 \$ ou 7 000 \$ qui paient toujours des cotisations représentant une trop forte proportion de leur revenu par rapport aux travailleurs à revenu élevé. Ces deux programmes ont disparu alors que le problème qu'ils étaient censés régler s'est aggravé.

Une exemption annuelle de base est prévue dans le Régime de pensions du Canada et dans le Régime des rentes du Québec: la première tranche de revenu de 3 500 \$ n'est pas cotisable. Notre association propose d'instaurer une exemption annuelle de base de 2 000 \$ sur les cotisations d'AE pour rendre ce régime plus progressif également. Une exemption annuelle de base serait pour le gouvernement la manière la plus efficace d'accorder de façon permanente une réduction de cotisations d'AE aux entreprises à forte intensité de main-d'oeuvre et à celles qui sont les plus touchées par des charges sociales qui ne tiennent pas compte des profits. Ce serait un système facile à administrer pour les employeurs et pour les employés parce que c'est déjà le cas dans le Régime de pensions du Canada et dans le Régime des rentes du Québec. Les coûts, les avantages et la facilité d'administration sont exposés dans notre mémoire.

Nous vous remercions de nous avoir donné l'occasion de témoigner aujourd'hui. Nous vous prions de rétablir une certaine intégrité et une certaine responsabilité financière dans le système d'AE en supprimant l'article 9 du projet de loi et en recommandant de faire à nouveau du compte de l'AE un compte autonome géré en toute indépendance du gouvernement.

Nous espérons que vous envisagerez de faire en sorte que les charges sociales assorties à l'AE soient moins régressives en recommandant l'instauration d'une exemption annuelle de base, qui augmentera le salaire réel des Canadiens qui sont au bas de l'échelle des revenus et les occasions d'emplois pour eux.

**Mme Nancy Riche, secrétaire-trésorière, Congrès du travail du Canada:** Honorables sénateurs, nous appuyons le projet de loi en grande partie en raison de deux ou trois de ses dispositions mais, après avoir écouté l'exposé précédent, je suis presque prête

Although I did not agree with that presentation totally, there were certainly some good points in it.

The Canadian Labour Congress is the national voice of organized labour in Canada. We represent and speak on behalf of about 2.3 million Canadian workers and their families.

We are pleased to present to you today. We have spent much time over the years on legislative changes to EI legislation, when sometimes our only hope was the Senate. I do not think we ever succeeded in anything more than delaying some of the bad things that have happened.

Bill C-2 is very disappointing legislation. We were adamantly opposed to the bill in 1996 and the few changes that are being introduced here are not enough. The bill contains some provisions that we support, some that we oppose and some that we would like to have amended.

This legislation does not go far enough to satisfy the obvious need to modernize Employment Insurance. Canadians want a modern EI program that deals with the realities they face in today's working world. They want a program that deals with the evolution in working time and distribution of work. They need a program that provides a better balance between work and family responsibilities. They need a program that encourages workplace training and education. They want a program that is honest with the money they pay into it and that returns money to workers and their communities when they need it.

This legislation represents a very small step toward that goal — too small a step to make a real difference to today's working families and those who look to this program for help. That is why we are disappointed.

I will start with what we support in the bill. We, unlike the previous presenters, fully support elimination of the intensity rule and elimination of clawback penalties. Indeed, these are changes that we have been calling on members of Parliament to make for quite some time. Bill C-2 removes four of the most unjust penalties in the program. Two of these penalties were brought in with the 1996 Employment Insurance Act — the intensity rule and a penalty on claimants who previously received more than 20 weeks of benefits and who earned incomes over \$39,000. These odious measures were added to punish repeat offenders — workers in seasonal industries who are repeatedly laid off and claim insurance protection when their source of employment goes into hibernation. They targeted people who work in the most vital sectors of our economy: tourism, construction, automotive, education, transportation, government services, forestry and the fishery.

à vous demander de le rejeter. Bien que je ne sois pas d'accord sur tous les points, j'estime que l'exposé précédent contient des commentaires très pertinents.

Le Congrès du travail du Canada est, comme vous le savez, la voix du mouvement syndical à l'échelle nationale. Nous représentons et sommes les porte-parole d'environ 2,3 millions de travailleuses et travailleurs canadiens et de leurs familles.

Nous sommes heureux de vous présenter un mémoire aujourd'hui. Au fil des années, nous avons consacré beaucoup de temps à l'étude de modifications à la Loi sur l'AE et, dans certains cas, le Sénat était notre seul espoir. Dans l'ensemble, je pense que nous ne sommes parvenus tout au plus qu'à retarder certains changements indésirables.

Le projet de loi C-2 est très décevant. Nous nous étions opposés vigoureusement aux modifications proposées dans le projet de loi de 1996 et les quelques changements proposés dans le projet de loi actuel ne suffisent pas. Il renferme quelques dispositions que nous appuyons, d'autres auxquelles nous nous opposons et d'autres encore que nous voudrions voir modifier.

Ce projet de loi ne va pas assez loin pour satisfaire au besoin manifeste de modernisation du régime d'assurance-emploi. Les Canadiens et les Canadiennes veulent un régime moderne qui témoigne des réalités du monde du travail actuel. Ils veulent un régime qui permette de tenir compte de l'évolution en ce qui a trait au temps de travail et à la distribution du travail. Ils veulent un régime qui établisse un meilleur équilibre entre les responsabilités professionnelles et les responsabilités familiales. Ils veulent un régime qui encourage la formation et l'éducation en milieu de travail. Ils veulent un régime qui utilise honnêtement les fonds qu'ils y investissent et qui remet de l'argent aux travailleurs et travailleuses et à leurs communautés quand ils en ont besoin.

Le projet de loi ne représente qu'un petit pas vers ces objectifs, un pas trop petit pour aider vraiment les familles actives sur le marché du travail et tous ceux et celles qui comptent sur le régime. C'est pour cela que nous sommes déçus.

Je parlerai d'abord de ce que nous approuvons dans ce projet de loi. Contrairement aux témoins précédents, nous appuyons pleinement l'élimination de la règle de l'intensité et des pénalités de récupération. Ce sont des changements que nous réclamons aux parlementaires depuis longtemps. Le projet de loi C-2 élimine quatre des pénalités les plus injustes du régime. Deux d'entre elles ont été instaurées à l'adoption, en 1996, de la Loi sur l'assurance-emploi. Il s'agit de la règle de l'intensité et de la pénalité imposée aux personnes qui ont déjà reçu plus de 20 semaines de prestations et dont les revenus dépassent 39 000 \$. Ces odieuses mesures avaient été ajoutées afin de punir les «récidivistes», c'est-à-dire les travailleurs et les travailleuses d'industries saisonnières qui se font périodiquement mettre à pied et qui réclament des prestations d'assurance quand ils perdent leur source de revenu. Il s'agit de personnes travaillant dans les secteurs vitaux de notre économie que sont le tourisme, la construction, la fabrication d'automobiles, l'éducation, les transports, les services gouvernementaux, la foresterie et les pêches.



The intensity rule hit 500,000 million claimants a year. Tens of thousands of workers have had their rate cut to 50 per cent of weekly earnings. For workers who had their benefits taxed back under the seasonal clawback penalty, the losses have been in the thousands of dollars.

Bill C-2 also changes other clawback penalties that were introduced in the mid-seventies and made even more punitive in 1996 by lowering the income threshold for benefit taxbacks. Most of the dollars clawed back come from claimants in Ontario, Alberta, British Columbia and Quebec. We believe all clawbacks should be eliminated.

The government itself acknowledged that clawbacks apply to pregnancy claimants. Parental and sickness benefits make no sense. We are pleased to see these clawbacks removed and an exemption allowed for first-time claimants but we argue that taxing back benefits from claimants due to layoffs makes no sense either. We recommend to this committee that the exemption from the 30 per cent tax-back on specific benefits be extended to regular claimants.

Regardless of a worker's income, layoff is not a factor within his or her control. That is really important. We have had an incredible public relations campaign against unemployment insurance recipients for a number of years in this country. These people were called "repeat offenders." To pay into a trust program and then be called an offender when you receive the money was something that was planned for a long time before the Liberals came into government.

Claimants with above-average earnings already get a smaller portion of their earnings covered because of maximum benefits. They pay a large portion of their benefits back in taxes because of the progressive income tax system.

We would like to point out to the committee what Bill C-2 does not do. It does not make it easier for workers in seasonal industries to qualify for benefits. It does very little to reverse eligibility rules that currently disqualify almost 1 million unemployed workers per year from regular insurance — 1 million unemployed workers who would have been covered and eligible for insurance under the rules that were in place during the last recession. It does nothing to address the disproportionate numbers of women, youth and older workers who find themselves cut off from coverage, in spite of the claims. Bill C-2 does precious little for most people starting families.

Up to 100,000 women still will not qualify for pregnancy and parental leave benefits after the bill becomes law. Eighty per cent of women between the ages of 25 and 44 are members of this country's paid workforce. Less than half who have new babies have EI benefits.

La règle de l'intensité désavantage un demi-million de personnes par année. Des dizaines de milliers d'entre elles ont déjà vu leurs taux de prestations ramenés à 50 p. 100 de leurs gains hebdomadaires. Les travailleurs ou travailleuses qui voient leurs prestations récupérées en vertu de la pénalité imposée au personnel saisonnier ont perdu des milliers de dollars chacun.

Le projet de loi C-2 modifie d'autres pénalités de récupération adoptées vers le milieu des années 70 et rendues encore plus punitives en 1996, en abaissant le seuil de revenu imposable. La plupart des fonds récupérés le sont auprès des prestataires de quatre provinces: l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Québec. Nous estimons que toutes les récupérations devraient être éliminées.

Le gouvernement lui-même a reconnu qu'il était insensé d'imposer des récupérations aux bénéficiaires de prestations de maternité, de prestations parentales et de prestations de maladie. Nous sommes heureux que les récupérations soient éliminées dans ces cas et que les personnes présentant une demande pour la première fois soient exemptées, mais nous soutenons que la récupération fiscale de prestations reçues par suite d'un congédiement est totalement insensée. Nous recommandons au comité de voir à ce que l'exemption de la récupération de 30 p. 100 sur les prestations spéciales soit appliquée également aux prestations ordinaires.

Quel que soit le revenu du travailleur ou de la travailleuse, sa mise à pied est indépendante de sa volonté. C'est là un aspect très important. Une gigantesque campagne de dénigrement systématique est menée depuis plusieurs années contre les prestataires de l'assurance-chômage. On les qualifie de «récidivistes». On avait imaginé, bien avant l'arrivée au pouvoir des libéraux, de qualifier de «contrevenantes» les personnes qui, après avoir versé des cotisations à un régime spécial, touchent des prestations.

Les prestataires dont les revenus sont supérieurs à la moyenne reçoivent déjà une plus faible proportion de leur rémunération antérieure à cause du maximum imposé sur les prestations. Ils paient déjà plus d'impôt sur leurs prestations parce que notre régime d'impôt sur le revenu est progressif.

Voici ce que le projet de loi C-2 ne fait pas. Il ne facilite pas l'admissibilité des personnes travaillant dans des industries saisonnières. Il ne contribue que très peu à l'élimination des règles d'admissibilité qui, chaque année, privent de prestations ordinaires près d'un million de sans-emploi qui auraient eu droit à ces prestations selon les règles qui étaient en vigueur au cours de la dernière récession. Il n'aide nullement à réduire le nombre démesuré de femmes, de jeunes travailleurs et travailleuses et de travailleurs et travailleuses âgés qui se voient privés de prestations, malgré ce qui a été prétendu. Le projet de loi C-2 aide bien peu la plupart des nouveaux parents.

Un nombre de femmes pouvant atteindre 100 000 n'auraient toujours pas droit à des prestations de maternité ou à des prestations parentales si le projet de loi entrait en vigueur. Quatre-vingt pour cent des femmes de 25 à 44 ans font partie de la population active du Canada. Moins de la moitié de celles qui ont eu des bébés dernièrement reçoivent des prestations d'AE.



Bill C-2 also does nothing for the 600,000 unemployed workers who are not eligible for coverage in spite of years of work and years of premiums paid into the EI program. Many are older workers. It takes them longer to find a job because of family responsibilities, housing, community connections and age discrimination. In our view, workers who have been working and paying premiums for years should not be treated as new entrants to the labour force. It is arbitrary and it is unfair.

More and more of the workforce and those preparing to enter the workforce are engaged in lengthy education and training. Curiously, Bill C-2 ignores this reality. It offers little protection against job loss to workers who are under increasing demands to invest time and money in so-called lifelong learning.

Another major campaign over the last number of years has been telling Canadian citizens about how much high-tech training and lifelong learning they need. Again, we penalize the person who tries to do that.

Finally, this legislation fails to acknowledge the explosive growth in non-standard forms of work: part-time work, temporary contracts, on-call schedules and self-employment. While nearly half of Canadians work under these conditions, Bill C-2 leaves untouched many rules, definitions and standards that favour workers who have a full-time, permanent, year-round job.

We ask the committee to recommend abolishing the 910-hour re-entrant requirement. Such a move would allow thousands more unemployed workers who have been out of the workforce for a year or more to qualify for insurance. We are also asking the committee to recommend that the variable entrance formula of 420 to 700 hours be replaced with a uniform, national entrance requirement of 360 hours with a longer benefit period. We do know for sure that the government cannot say it cannot afford this any longer. EI belongs to workers. On this we passionately agree with the previous presenter.

Part of this presentation deals with the massive \$36 billion so-called surplus that has built up in the Employment Insurance Fund. Let's get this straight right from the start. It is not a surplus. It is an accumulation of unpaid benefits. These are benefits for which workers and employers have paid their premiums.

We are opposed to the provisions in Bill C-2 that would transfer the power to set premiums for 2002 to 2003 from the Canada Employment Insurance Commission to the Minister of Finance, not to say that he has not been doing it for the last number of years. We do all understand that too.

We recommend that the Canada Employment Insurance Commission keep its power to set premiums. We are opposed to provisions that allow the government to take over \$7 billion a year

Le projet de loi C-2 n'aide nullement les 600 000 sans-emploi qui n'ont pas droit à des prestations, même s'ils ont travaillé et payé des cotisations d'AE pendant des années. Bon nombre d'entre eux sont âgés. Ils mettent plus longtemps que les autres à trouver un nouvel emploi à cause de leurs obligations familiales, de leurs conditions de logement, et de leurs relations dans la communauté ainsi qu'à cause de la discrimination fondée sur l'âge. C'est arbitraire et inéquitable.

Une proportion grandissante de la population active et des personnes qui s'apprentent à entrer sur le marché du travail participe à de longs programmes d'éducation et de formation. Il est curieux que le projet de loi C-2 néglige cette réalité. Il ne protège guère contre la perte d'emploi les personnes qui subissent de plus en plus des pressions pour qu'elles investissent du temps et de l'argent dans ce que l'on appelle l'éducation permanente.

Dans le cadre d'une autre campagne d'envergure menée depuis quelques années, on insiste beaucoup sur l'importance capitale d'une formation en haute technologie et d'un apprentissage permanent. Pourtant, nous pénalisons ceux et celles qui suivent ce conseil.

En dernier lieu, le projet de loi ne reconnaît pas la croissance fulgurante des formes atypiques de travail: à temps partiel, temporaire, sur demande et autonome. Bien que près de la moitié de la population active occupe des emplois atypiques, le projet de loi C-2 ne modifie nullement les conditions, les définitions et les normes privilégiant les travailleurs et les travailleuses qui occupent des emplois permanents à plein temps à longueur d'année.

Nous demandons au comité de recommander l'abolition de la condition de 910 heures applicable aux reentrants. Cela permettrait à des milliers de sans-emploi de plus, qui ont passé un an ou plus à l'extérieur de la population active, d'avoir droit à des prestations. Nous demandons également au comité de recommander que la norme variable d'admissibilité de 420 à 700 heures soit remplacée par une condition d'admissibilité uniforme à l'échelle nationale de 360 heures, et que la période de prestations soit allongée. Nous savons très bien que le gouvernement ne peut plus invoquer l'excuse qu'il n'a pas les moyens financiers nécessaires. L'AE appartient aux travailleurs et aux travailleuses. Nous sommes entièrement d'accord avec le témoin précédent sur ce point.

Une partie de mon exposé traite de l'énorme soi-disant excédent qui atteint 36 milliards de dollars, accumulé dans le compte de l'assurance-emploi. Entendons-nous bien: ce n'est pas un excédent. C'est une accumulation de prestations non versées. Ce sont des prestations pour lesquelles les travailleurs et travailleuses et leurs employeurs ont versé des cotisations.

Nous nous opposons aux dispositions du projet de loi C-2 qui visent à faire passer le pouvoir de fixer les cotisations pour 2002 et 2003 de la Commission de l'assurance-emploi du Canada au ministère des Finances, sans pouvoir affirmer qu'il ne le fait pas déjà depuis plusieurs années. Cela, nous le savons tous également.

Nous recommandons que la Commission de l'assurance-emploi du Canada conserve son pouvoir de fixer les cotisations. Nous nous opposons aux dispositions qui permettent au gouvernement

from the unemployed as a source of revenue. We recommend that provisions be made in the bill to secure the integrity of the fund for unemployment insurance.

Employment insurance is insurance, not a fiscal policy tool. It is a vital part of the country's social safety net and it belongs to the workers and employers who pay premiums. The money collected toward the payment of EI benefits should be held in trust. It should not be handed over to the government without credit. Today, more insurance money goes to government revenue than to laid-off workers receiving regular benefits.

The interest on the cumulative so-called surplus of \$36 billion is now greater than what the program pays out in pregnancy and parental benefits. We ask the committee to recommend adding provisions to Bill C-2 to give the Canada Employment Insurance Commission greater authority and autonomy and to create an arm's-length employment insurance trust fund.

The current glut of unpaid benefits should be returned to workers and their communities. It should be used to insure workers against a total loss of earnings when they lose their jobs. It should be used to increase insurance coverage from 37 per cent to at least 70 per cent of the unemployed.

In closing, we want to thank the Senate for hearing the Canadian Labour Congress, as we said at the start of this presentation, the bill is a disappointment. It was offered as redress for the odious measures introduced in 1996 but it barely scratches the surface — not to mention the number of Liberals defeated in Atlantic Canada. That is okay. I actually support that. The citizens spoke and the government attempted to act.

Canadians want and need an employment insurance program that offers security when they are out of work. They need a modernized program that supports training and makes lifelong learning accessible to working families. They need a program they can count on to help them when they need it.

I would like to make a couple of more points. Attached to our brief are our suggestions for modernizing EI. We really do believe it is time to look at reform of unemployment insurance in view of the changing workforce. We will see this kind of workplace for a long time.

I suspect that many of you know the *Lesiuk* case in Winnipeg. The umpire in this case said that this woman did not receive benefits because she was 33 hours short of 700 hours and that she was entitled to be paid for her the benefits based on the legislation that was in place prior to 1996.

de s'emparer annuellement de plus de 7 milliards de dollars qui appartiennent aux sans-emploi et de s'en servir comme source de revenu. Nous recommandons que des dispositions soient incorporées au projet de loi pour préserver l'intégrité de la caisse du régime instauré pour aider les personnes au chômage.

L'assurance-emploi est une assurance et non un instrument politique budgétaire. C'est un élément crucial du filet de sécurité sociale du Canada, et il appartient aux travailleurs ou travailleuses et aux employeurs qui paient les cotisations. Les fonds recueillis en vue de verser des prestations d'AE devraient être conservés en fiducie. Ils ne devraient pas être confiés au gouvernement, sauf à crédit. Le gouvernement reçoit actuellement plus d'argent de l'AE que les sans-emploi touchant des prestations ordinaires.

L'intérêt sur le soi-disant excédent cumulatif de 36 milliards de dollars dépasse le total des prestations de maternité et des prestations parentales. Nous demandons au comité d'ajouter au projet de loi C-2 des dispositions donnant plus de pouvoir et plus d'autonomie à la commission et de créer un fonds en fiducie de l'assurance-emploi entièrement indépendant.

L'actuel excédent constitué de prestations impayées devrait être remis aux travailleurs et travailleuses et à leurs communautés. Il devrait servir à assurer les travailleurs et travailleuses contre la perte totale de revenus par suite de la perte de leur emploi. Il devrait en outre servir à porter la couverture de l'AE de 37 p. 100 à au moins 70 p. 100 des sans-emploi.

En terminant, je tiens à remercier les membres de ce comité de m'avoir entendue aujourd'hui. Comme je l'ai indiqué au début de cet exposé, ce projet de loi est décevant. Il a été présenté comme étant un redressement des mesures odieuses adoptées en 1996 mais il ne fait qu'effleurer les problèmes qu'elles ont engendrés, sans compter la défaite spectaculaire des candidats libéraux dans la région de l'Atlantique. C'est très bien. Je suis pour. Les citoyens ont parlé et le gouvernement a essayé d'agir.

Les Canadiens et les Canadiennes veulent un régime d'assurance-emploi qui offre une protection contre la perte de revenu à la population active d'aujourd'hui. Ils ont besoin d'un régime modernisé favorisant la formation et rendant l'éducation permanente accessible aux familles de travailleurs et travailleuses. Il leur faut un régime sur lequel ils puissent compter pour les aider quand ils en ont besoin.

Je voudrais encore faire deux ou trois commentaires. Nous avons annexé à notre mémoire les recommandations que nous faisons en ce qui concerne la modernisation du régime d'AE. Nous sommes convaincus qu'il est temps d'envisager une réforme du régime en raison de l'évolution du marché du travail. Nous considérons que les conditions actuelles sont là pour un certain temps.

Je suppose que la plupart d'entre vous sont au courant du jugement rendu par un tribunal de Winnipeg dans l'affaire *Lesiuk*. Dans cette affaire, le juge a conclu que cette femme n'avait pas reçu les prestations parce qu'il lui manquait seulement 33 heures sur les 700 heures nécessaires pour être admissible et qu'elle avait droit à ces prestations d'après les dispositions de la loi en place avant 1996.



The latest rumour is that the government will appeal that case. Their deadline would be sometime this week. They had 30 days from the date of the ruling.

I would urge the Senate committee to look into that. It is very pertinent to Bill C-2. It is the provisions in the bill that the government did not change this time that the umpire is asking the government to consider.

That is our presentation. Mr. Hodgins is prepared to answer any questions. I am the reader.

**Senator LeBreton:** Mr. Ferrabee and Ms Reynolds, when you talk about labour intensity and low incomes, you specifically mentioned young people. Within your population of workers, what percentage would be women?

**Ms Reynolds:** I do not know exactly but women would be somewhere between 60 and 65 per cent of our workforce.

**Senator LeBreton:** We have the added problem of not only young people breaking into the labour force but also, of women who are in lower income brackets, often single mothers, or those who contribute very much to a two-income household. I think this is worth noting. I would appreciate any comments you have with regard to women, particularly, as to the impact this has on their economic viability, their families and also their communities.

**Ms Reynolds:** Certainly there are many working women in our sector. Many of them try to balance home responsibilities with part-time work in our industry. They are now required to pay into the program even though their opportunities to ever collect from the program are extremely limited. Prior to 1996 those who worked under 15 hours a week were not required to pay into the program.

The other group that is penalized as a result of the 1996 legislation is students. We appeared before this committee in 1996 and suggested that one of the alternatives to the 15-hour week exemption was a student exemption. There was a fair amount of support for that. One of the difficulties was how to administer that type of program.

We think that the yearly basic exemption provides the best alternative to help both students and women who are working part time, whose incomes are much lower but who are paying a higher percentage of their incomes into the EI program.

**Ms Riche:** We would disagree. When the figure was 15 hours a week, we were one of the groups pushing for the first hour coverage that was broadly touted by Mr. Axworthy when he brought in his changes. With not being eligible under 15 hours a week, our sense was and the research showed a number of people being hired for 14 hours a week as long as there was a limit.

D'après les dernières rumeurs, le gouvernement fera appel. L'échéance pour faire appel doit tomber cette semaine. Il avait 30 jours à partir de la date du jugement.

Je vous prie d'examiner cette affaire. Elle est très pertinente dans le contexte du projet de loi C-2. Ce sont les dispositions de la loi que le gouvernement n'a pas modifiées cette fois-ci que le juge demande au gouvernement d'examiner.

J'ai terminé. M. Hodgins est prêt à répondre à vos questions. Pour ma part, j'étais chargée de présenter le mémoire.

**Le sénateur LeBreton:** Monsieur Ferrabee et madame Reynolds, à propos d'intensité de la main-d'oeuvre et de revenus modiques, vous avez mentionné spécifiquement les jeunes. Quel est le pourcentage de femmes dans la population active?

**Mme Reynolds:** Je ne le sais pas au juste, mais les femmes doivent représenter entre 60 et 65 p. 100 des travailleurs et travailleuses de notre secteur.

**Le sénateur LeBreton:** Quand on y ajoute le problème non seulement des jeunes qui font leur entrée sur le marché du travail mais aussi des femmes qui font partie d'une tranche de revenu inférieure, pour la plupart des mères de famille monoparentale, ou de celles dont le revenu représente un apport supplémentaire important pour le ménage. Je crois que cela mérite d'être signalé. J'apprécierais les commentaires que vous pourriez faire en ce qui concerne les femmes en général et plus particulièrement au sujet de l'incidence de cette situation sur leur viabilité économique, leur famille et leur communauté.

**Mme Reynolds:** Il y a beaucoup de femmes dans notre secteur. La plupart d'entre elles essaient de concilier les responsabilités familiales avec un emploi à temps partiel. Elles sont tenues de verser des cotisations, même si leurs chances de toucher des prestations sont extrêmement restreintes. Avant 1996, les personnes qui travaillaient moins de 15 heures par semaine ne devaient pas payer de cotisations.

L'autre groupe qui est pénalisé par la loi adoptée en 1996 sont les étudiants. En 1996, lorsque nous avons témoigné devant ce comité, nous avons suggéré qu'une exemption pour les étudiants était une des solutions de rechange à l'exemption accordée aux travailleurs et travailleuses qui faisaient moins de 15 heures par semaine. Pas mal de gens appuyaient cette recommandation. Par contre, l'administration de ce genre de programme aurait posé des problèmes.

Nous pensons que l'exemption annuelle de base est la meilleure solution de rechange pour aider les étudiants et les femmes qui travaillent à temps partiel et qui versent en cotisations à l'AE un pourcentage plus élevé de leurs revenus pourtant nettement inférieurs à ceux des autres travailleurs.

**Mme Riche:** Nous ne sommes pas d'accord. Lorsque la limite était de 15 heures par semaine, nous étions un des groupes à préconiser la couverture dès la première heure de travail, dont M. Axworthy a vanté les mérites quand il a apporté diverses modifications au régime. Alors qu'une personne qui travaillait moins de 15 heures par semaine n'était pas admissible, nous avions l'impression, confirmée d'ailleurs par plusieurs études que, pendant toute la période où cette règle a été appliquée, bien des



With regard to women, I would think the percentage of women would be much higher in the retail and service sector. Approximately 70 per cent of part-time workers are women.

The solution is not to exempt but to make it easier for people to qualify for the benefits, as was supposedly the principle in the beginning. Our recommendation is 360 hours and provision of decent benefits.

I would assume that when your group is asking for exemption for the worker, you are also asking for exemption for the employer. The Canadian Federation of Independent Business, CFIB, was pushing the same line so the government exempted it, expecting that would create more jobs. That did not happen. We contend that with first hour coverage everyone qualifies and everyone benefits. The idea is to make them eligible and not kick them out of the program.

**Senator LeBreton:** The payroll tax is a tax they pay for which they get no benefit. Are you referring to that?

**Ms Riche:** It is interesting that it was called a payroll tax. It was always a premium but it has become a tax now. That is a language thing.

In regard to the intensity rule being lifted under this bill, I am told by one woman in Newfoundland that would give her \$27 more a week, which would make it easier for her to pay her electric bill. We cannot not support some of the changes here because they do make a big difference.

We simply need a few more changes so that people can get back what they pay. Of course many people do not pay in what they get back. I have never had a major car accident but someone is benefiting from the insurance that I pay when they have accidents. That is the way it works.

**Senator LeBreton:** That is a true insurance program.

**Mr. Ferrabee:** We are in total agreement with setting up a true insurance program.

**Senator LeBreton:** In your presentation, Ms Reynolds, you strongly urged the removal of clause 9. I must admit that my reaction was: Have we not turned over enough to the Minister of Finance without turning over the right to set premiums? Is removing that clause something that the Canadian Labour Congress supports, as well?

**Ms Riche:** Absolutely. We are very much in agreement on the arm's-length commission. In previous years, we all received letters noting that the premiums were about to be changed and asking for our recommendations. We each have a representative on the commission. There is a worker's commissioner and an

employés n'étaient engagés que pour 14 heures de travail par semaine.

En ce qui concerne les femmes, je dirais que le pourcentage est beaucoup plus élevé dans le secteur du commerce de détail et des services. Environ 70 p. 100 des travailleurs à temps partiel sont des femmes.

La solution ne consiste pas à prévoir une exemption mais à permettre aux travailleurs et travailleuses de remplir plus facilement les conditions d'admissibilité aux prestations, comme c'était censé l'être au début du régime. Nous recommandons que le nombre d'heures soit abaissé à 360 et que des prestations raisonnables soient versées.

Je suppose que lorsque votre groupe demande une exemption pour les travailleurs et travailleuses, cela sous-entend également une exemption pour l'employeur. La Fédération canadienne de l'entreprise indépendante, la FCEI, faisait la même recommandation et le gouvernement a instauré une exemption en s'attendant à ce que cela crée des emplois supplémentaires. Ce ne fut pas le cas. Nous estimons que la couverture dès la première heure de travail permet à tous les travailleurs et travailleuses d'être admissibles et de toucher des prestations. Le but est de les rendre admissibles et pas de les exclure du régime.

**Le sénateur LeBreton:** Voulez-vous dire que cette charge sociale est une taxe qu'ils paient mais dont ils ne retirent rien?

**Mme Riche:** Je trouve intéressant qu'on l'appelle une charge sociale. Cela a toujours été une cotisation mais c'est devenu une taxe. On joue sur les mots.

En ce qui concerne la suppression de la règle de l'intensité aux termes de ce projet de loi, une femme de Terre-Neuve m'a dit que cela lui ferait un supplément de 27 \$ par semaine, ce qui pourrait l'aider à payer sa facture d'électricité. Nous n'appuyons pas plusieurs des changements proposés parce qu'ils font une grosse différence.

Nous avons besoin de quelques changements supplémentaires pour que les travailleurs et travailleuses ne paient pas plus qu'avant. Bien sûr, bien des personnes touchent davantage qu'elles n'ont versé en cotisations. Je n'ai jamais eu de gros accident de voiture mais quelqu'un profite de la prime d'assurance que je paie, en cas d'accident. C'est le propre d'une assurance.

**Le sénateur LeBreton:** C'est un véritable régime d'assurance.

**M. Ferrabee:** Nous approuvons entièrement l'établissement d'un véritable régime d'assurance.

**Le sénateur LeBreton:** Madame Reynolds, dans votre exposé, vous recommandez fortement la suppression de l'article 9. Je dois dire que ma réaction a été de me demander si nous n'avions pas déjà accordé suffisamment de pouvoirs au ministre des Finances sans lui donner en outre celui de fixer les cotisations. Est-ce que le Congrès du travail du Canada est également en faveur de la suppression de cet article?

**Mme Riche:** Absolument. Nous sommes très en faveur de l'indépendance de la commission. Au cours des années précédentes, nous avons reçu des lettres nous signalant que les cotisations allaient être modifiées et nous demandant de faire des recommandations. Nous avons tous un représentant à la

employer's commissioner. We think that is too few. However, we are in total agreement with removing clause 9.

**Senator Murray:** Ms Riche, the reason some of us are calling this a payroll tax is precisely the reason you have identified in your brief, that the money is being used for the general purposes of the government. What else would you call it but a tax?

**Ms Riche:** It was called a tax before that. Perhaps they did that first and then used it.

**Senator Murray:** Mr. Hayes was here when the minister testified. He would have heard her make no real commitment as to what course of action the government will take with regard to the tribunal in Winnipeg.

The news reports indicate that there are 60 other cases lined up and waiting to see what will happen. Her options are to appeal to the federal appeal court or change the law. Do you know of any other options?

**Ms Richee:** The decision on case, which is on appeal at present, could actually agree with the umpire and say these benefits will be paid based on the previous legislation, which is bizarre. That was the original decision.

**Senator Murray:** She seemed to think, although I could not get her to say, that there would be provisions in Bill C-2 that might go some distance to satisfying the tribunal.

**Ms Riche:** I suspect she would be talking about the decrease from 700 hours to 600 hours.

**Mr. Kevin Hayes, Senior Economist, Canadian Labour Congress:** The 600 hours was reduced last spring in the budget implementation bill. The Lesiuk issue before the tribunal involved regular benefits and the 700-hour figure. There is nothing in this bill that affects that situation.

**Senator Murray:** You were also here, Mr. Hayes, when I asked the minister about the number that I gleaned from some of CLC's documents — that were eluded to by Ms Riche earlier — that only 37 per cent of unemployed people in the country are actually receiving benefits.

The minister countered that the more relevant statistic is the percentage of people in paid employment. You heard what she had to say. I want to give you an opportunity, for the record, to defend your position.

**Mr. Hayes:** I came in late so I did not hear her say that.

Our numbers are based essentially on dividing the number of beneficiaries who receive regular benefits by the monthly unemployment level. The number of regular beneficiaries that we count are those who do not get earnings while on claim. When Statistics Canada does the labour force survey every month it counts as employed those who earn as much as a dollar. Our numbers are simply that ratio.

commission. Il y a un représentant des travailleurs et des travailleuses et un représentant des employeurs. Nous estimons que ce n'est pas assez. Nous sommes toutefois entièrement en faveur de la suppression de l'article 9.

**Le sénateur Murray:** Madame Riche, la raison pour laquelle certains d'entre nous appellent cela une charge sociale est précisément celle que vous avez signalée dans votre mémoire, à savoir que les fonds sont utilisés pour les dépenses générales du gouvernement. Comment appelleriez-vous cela à part une taxe?

**Mme Riche:** C'est ainsi qu'on l'appelait avant. C'est peut-être ce qu'on a fait au début, puis on s'est mis à employer ce terme.

**Le sénateur Murray:** M. Hayes était là quand la ministre a témoigné. Il sait donc probablement qu'elle n'a pas révélé ce que le gouvernement compte faire au sujet du jugement du tribunal de Winnipeg.

D'après les médias, il y a 60 autres affaires en cours et l'on attend la suite de cette affaire. La ministre a deux options: faire appel devant la Cour d'appel fédérale ou modifier la loi. Pensez-vous que d'autres options soient possibles?

**Mme Riche:** Le jugement de la Cour d'appel pourrait confirmer la décision de l'arbitre, à savoir que les prestations seront payées en fonction des dispositions antérieures de la loi, ce qui est étrange. C'est la décision initiale.

**Le sénateur Murray:** La ministre semblait dire, bien que je ne sois pas parvenu à le lui faire dire clairement, que le projet de loi C-2 contenait des dispositions susceptibles de satisfaire le tribunal.

**Mme Riche:** Je suppose qu'elle parlait de la diminution du minimum de 700 heures à 600 heures.

**M. Kevin Hayes, économiste principal, Congrès du travail du Canada:** Le minimum de 600 heures a été instauré le printemps dernier dans le projet de loi d'exécution du budget. L'affaire Lesiuk portait sur des prestations ordinaires et sur le minimum de 700 heures. Aucune disposition du présent projet de loi n'a une incidence sur cette affaire.

**Le sénateur Murray:** Vous étiez là également, monsieur Hayes, lorsque j'ai parlé à la ministre du chiffre que j'ai trouvé dans quelques documents du CTC — auquel Mme Riche a fait allusion — indiquant que 37 p. 100 seulement des sans-emploi recevaient des prestations.

La ministre a rétorqué que le pourcentage de personnes ayant un emploi rémunéré était un chiffre plus pertinent. Vous l'avez entendu dire cela. Je veux vous donner l'occasion de défendre vos opinions.

**M. Hayes:** Je suis arrivé en retard et, par conséquent, je ne l'ai pas entendu dire cela.

Nos chiffres sont établis essentiellement de la façon suivante: nous divisons le nombre de personnes qui reçoivent des prestations ordinaires par le niveau de chômage mensuel. Le nombre de prestataires ordinaires que nous comptons est celui des prestataires qui n'ont aucun revenu supplémentaire pendant qu'ils reçoivent des prestations. Lorsque Statistique Canada fait son enquête mensuelle sur la population active, il compte comme



**Senator Murray:** If you use the minister's statistical basis, her view is that the percentage is up to 88 per cent of those in paid employment.

**Mr. Hayes:** I saw the study that came out a couple of years ago. It was a very convoluted argument and it was essentially those eligible — eligible meaning those who are eligible under the rules, even in the past and the present. What we are questioning is the eligibility.

**Senator Murray:** We will leave it at that.

On the business of an arm's-length EI account, witnesses from both the restaurant association and the CLC seem to be in agreement. The Auditor General has expressed an opinion that, from its perspective, as long as the government is raising the money it is a government program, and arm's length does not mean anything. The Auditor General holds the government responsible.

If you are to have an arm's-length fund with the government out of it, who will design the programs? What will be the role of the government? Who will pay the deficit, if any?

**Ms Riche:** We have always said it should be an arm's length organization that reports to Parliament. We have never said that it should be off by itself. We have said that it would be accountable to Parliament. We would expand the size of the commission so that it has all the stakeholders, including government. We believe, as we have always believed, that government is a stakeholder. It is bigger than the unemployed workers now because it is getting more money. We never believed it should be excluded.

The system that we had where the government actually put money, in addition to the premiums, into the fund for the regions of the country that had high unemployment rates and for fishery benefits over the years was a good practice. As Ms Reynolds said, we did pay back all of the deficit from the government payment when the unemployment rate was high and it had contribute. That was paid back. We have never imagined the government being out of the picture. We are opposed to Minister of Finance taking the workers and employers out of the picture.

**Senator Murray:** What would the arm's-length commission report to Parliament about?

**Mr. Reynolds:** We would see it established somewhat the same as the Canada Pension Plan. We would like to see a separate fund, quite frankly. I understand the fears of the Auditor General about the program going into deficit but we are looking now at close to a \$40 billion surplus in the account. There are guidelines that could be established so that the program did not go into deficit but was still a separate fund.

**Ms Riche:** You asked what the arm's-length commission would do. We would certainly start with modernizing the program. Nothing that has happened over the last number of years has

personnes actives celles qui gagnent ne fût-ce qu'un dollar. Nos chiffres sont simplement basés sur ce ratio.

**Le sénateur Murray:** D'après les facteurs sur lesquels elle base ses calculs, la ministre estime que le pourcentage atteint 88 p. 100 des personnes ayant un emploi rémunéré.

**M. Hayes:** J'ai vu l'étude qui est parue il y a deux ou trois ans. Elle reposait sur un argument très compliqué fondé essentiellement sur les personnes admissibles, c'est-à-dire celles qui sont admissibles selon le règlement, que ce soit dans le passé ou à présent. Ce que nous mettons en doute, c'est l'admissibilité.

**Le sénateur Murray:** Nous ne pousserons pas la discussion plus loin.

En ce qui concerne l'indépendance du compte de l'AE, les représentants de l'Association des restaurateurs et ceux du CTC semblent être d'accord. Le vérificateur général a dit qu'à son avis, lorsque c'est le gouvernement qui perçoit les cotisations, il s'agit d'un programme gouvernemental et qu'il n'est dès lors plus question d'indépendance. Le vérificateur général tient le gouvernement responsable.

Si on crée une caisse totalement indépendante du gouvernement, qui élaborerait les programmes? Quel serait le rôle du gouvernement? Qui couvrirait le déficit éventuel?

**Mme Riche:** Nous avons toujours dit que la commission devrait être un organisme indépendant qui rend des comptes au Parlement. Nous n'avons jamais dit qu'elle devrait être livrée à elle-même. Nous avons dit qu'elle devrait rendre des comptes au Parlement. Nous élargirions la commission pour qu'elle représente tous les intervenants, y compris le gouvernement. Nous considérons et avons toujours considéré le gouvernement comme un intervenant. Il est actuellement un intervenant plus puissant que les sans-emploi parce qu'il touche plus d'argent. Nous n'avons jamais pensé que le gouvernement devrait être exclu.

L'ancien système en vertu duquel le gouvernement ajoutait aux recettes des cotisations des fonds destinés à aider les régions du pays où le taux de chômage est élevé et à payer des prestations de pêcheurs était efficace. Comme l'a expliqué Mme Reynolds, tout le déficit que devait absorber le gouvernement lorsque le taux de chômage était élevé et qu'il devait renflouer la caisse était remboursé. Il était remboursé intégralement. Nous n'avons jamais pensé à laisser le gouvernement complètement à l'écart. Cependant, nous n'admettons pas que la ministre des Finances tienne les travailleurs et travailleuses et les employeurs à l'écart.

**Le sénateur Murray:** Quel genre de rapport une commission indépendante ferait-elle au Parlement?

**Mme Reynolds:** Nous concevons un système quelque peu analogue au Régime de pensions du Canada. Nous voudrions une caisse distincte, à vrai dire. Je comprends les craintes du vérificateur général au sujet d'un éventuel déficit mais le compte est actuellement excédentaire de près de 40 milliards de dollars. On pourrait établir des lignes directrices pour éviter que le régime ne soit déficitaire tout en restant une caisse spéciale.

**Mme Riche:** Vous avez demandé ce qu'une commission indépendante ferait. Nous commencerions par moderniser le régime. Aucun des changements qui ont été apportés ces dernières



considered where the workforce is going, what we will face in the next 10, 20, 30 years or what an EI program will do for people. That would help establish the premiums.

Prior to 1996 there was a business reference group, as it was called, that worked with HRDC when legislative changes were considered. Changes were effected almost as the business reference group recommended. We asked for but never have received equal treatment.

I have worked on a number of worker-employer bodies and they quite often agree and they can quite often work together. On, what used to be the Canadian Labour Market Productivity Centre, the Canadian Labour and Business Centre we quite often agree on the big issues. Currently the chair of the commission is the deputy minister at HRDC. I do not know why we could not work out the premiums together, work out the changes, recommend legislative changes on EI, as opposed to how it works now in HRDC, top down — from bureaucrats, quite frankly.

**Senator Murray:** I have not read all your brief but I heard what you said and I did read your testimony at the House of Commons committee. You were one of the few, if not the only witness, who addressed yourself to the longer term changes in the labour force and so on. Still, you say that it is wrong for the government to be using \$7 billion a year from the unemployed as a source of revenue. I agree with that but then somewhere you are talk about other uses to which the fund could be put, such as workplace training and that kind of thing. If you get into things like that it is an open invitation to the government to use of the funds for other things.

**Ms Riche:** No. It is a big difference to provide EI benefits for someone to receive training to get another job. We equate that with job search. You need things to search for a job. Sometimes that is skills. That is somewhat different from Paul Martin, the Minister of Finance, paying off the deficit. He said, in writing, to a mayor in Saskatchewan, that we could not do anything else with EI because we needed the money to pay down our deficit. That is totally different from helping a worker get retrained.

We have accepted, even though we must continue to fight, that maternity parental is an interruption in earnings. I am sure my colleagues would disagree with this. This is where we get into insurance and social insurance. We have already accepted that there are certain things under an unemployment insurance program that are an acceptable use of the trust fund. However, there are things, like paying off the deficit, that are not.

années n'ont tenu compte de l'évolution de la main-d'oeuvre au cours des 10, 20 ou 30 prochaines années, ni de ce que le régime d'AE fera pour la population. Cela aiderait à établir les cotisations.

Avant 1996, lorsqu'on envisageait des modifications législatives, un groupe de référence formé de représentants des entreprises collaborait avec DRHC. Certaines modifications étaient quasi identiques à ce que ce groupe avait recommandé. Nous avons toutefois réclamé un traitement égal mais ne l'avons jamais obtenu.

J'ai fait partie de plusieurs organismes formés de représentants des travailleurs et de représentants des employeurs et les deux parties s'entendaient généralement; elles collaborent. Au sein de l'ex-Centre canadien du marché du travail et de la productivité, appelé actuellement Canadian Labour and Business Centre, nous sommes souvent d'accord sur les questions importantes. Actuellement, le président de la commission est sous-ministre à DRHC. Je me demande pourquoi nous ne pourrions pas collaborer pour établir les cotisations, préparer les modifications et recommander des modifications législatives à l'AE plutôt que de continuer à procéder comme on le fait actuellement à DRHC, c'est-à-dire du sommet à la base.

**Le sénateur Murray:** Je n'ai pas entièrement lu votre mémoire, mais j'ai entendu ce que vous avez dit et j'ai lu votre témoignage devant le comité de la Chambre des communes. Vous étiez l'un des rares sinon l'unique témoin à avoir parlé de l'évolution à long terme de la population active, par exemple. Vous affirmez qu'il n'est pas acceptable que le gouvernement utilise chaque année 7 milliards de dollars provenant de la caisse d'assurance-emploi comme source de revenu. Je suis d'accord avec vous mais vous parlez d'autres utilisations possibles des fonds que contient la caisse, comme la formation en milieu de travail et d'autres initiatives de ce genre. En faisant cela, vous inciteriez en fait le gouvernement à utiliser les fonds à d'autres fins.

**Mme Riche:** Non. Ce n'est pas du tout la même chose de donner des prestations d'AE à une personne pour qu'elle suive une formation pour être apte à obtenir un autre emploi. Nous assimilons cela à la recherche d'emploi. Pour cela, il faut avoir certains atouts. Dans certains cas, il s'agit de compétences. Ce n'est pas la même chose que lorsque Paul Martin, le ministre des Finances, se sert de l'argent pour payer le déficit. Il a dit par écrit à un maire de la Saskatchewan qu'on ne pourrait rien faire d'autre avec les fonds de l'AE parce qu'on avait besoin de l'argent pour rembourser le déficit. C'est tout autre chose que d'aider un travailleur ou une travailleuse à se recycler.

Même si nous devons continuer à lutter, nous avons accepté que la maternité entraîne un arrêt de rémunération. Je suis sûre que mes collègues ne sont pas d'accord. C'est dans des cas semblables que doivent intervenir les assurances et la sécurité sociale. Nous avons déjà accepté le principe d'utiliser le fonds fiduciaire à diverses autres fins dans le contexte d'un régime d'assurance-chômage. D'autres utilisations, comme le remboursement du déficit, ne sont toutefois pas acceptables.

We talk about \$36 billion but I do not know if we figured out the interest owed. That amount still appears as a loan on the books.

**Senator Murray:** Do you think premiums should be reduced?

**Ms Riche:** That is always a problem for us. We wrestle with that every year. Sometimes they need to be reduced. Sometimes they need to be increased. From their present level, if you base it all on how the fund is doing, you could probably reduce them to almost nothing if there is still lots of money but we do not agree with that.

**Mr. Ferrabee:** Absolutely. It is great that you are in agreement with us.

**Ms Riche:** I am not in agreement with you.

We may agree to reducing the premiums a bit. The FTQ, the federation of labour in Quebec, has agreed to decreasing the premiums. We get nervous though.

**Senator Murray:** I will close with one general policy question.

I know what you thought of some of the recommendations of the Forget Commission. Your people on that commission brought in a separate report. I am not so clear about your opinion on what the royal commissioner, Donald Macdonald, had to say but what about the general principle of separate income support programs outside of the Employment Insurance context for seasonal workers, fishermen, et cetera.

**Ms Riche:** We have had that in the past. We had the fisheries benefits program.

We are open to considering anything if we think those to whom we are talking are really listening. We are open to considering research, to modernizing the program and what that means.

Now the government's line is there are no seasonal workers, there is seasonal work. I think we told the government that it would not be a problem if we did not have seasons in this country.

All this should be open for discussion — but discussion with whom and who will be heard? One gets nervous about saying yes, that is a good idea, because next week that will be it in legislation without having had a full discussion.

I do believe employers and workers organizations can come to agreement. We have come to compromise at the end of the day. I think we should look at everything.

**Mr. Ferrabee:** I would not lose sight of exactly what we are doing. We agree that there should be some type of process. This is a democracy. One would hope for an opportunity for input on both sides of the equation. That is what clause 9 is about. For some

On dit que l'excédent est d'environ 36 milliards de dollars mais je ne sais pas si on a calculé les intérêts. Cette somme est toujours inscrite comme prêt dans les livres.

**Le sénateur Murray:** Pensez-vous que les cotisations devraient être réduites?

**Mme Riche:** C'est toujours un dilemme pour nous. Nous nous posons la question tous les ans. Parfois, elles devraient être réduites et parfois, augmentées. Étant donné l'état actuel de la caisse, on pourrait probablement les réduire pratiquement à zéro s'il reste beaucoup d'argent, mais nous ne sommes pas en faveur de cela.

**M. Ferrabee:** Absolument. Je suis très heureux que vous soyez d'accord avec nous.

**Mme Riche:** Non, je ne suis pas d'accord avec vous.

Nous accepterions peut-être que les cotisations soient légèrement réduites. La FTQ, la Fédération des travailleurs du Québec, a accepté que l'on réduise les cotisations. Cela nous rend toutefois nerveux.

**Le sénateur Murray:** Je terminerai par une question concernant la politique générale.

Je sais ce que vous pensiez de certaines des recommandations de la Commission Forget. Vos représentants à cette commission ont présenté un rapport distinct. Je ne suis pas sûr d'avoir bien compris vos opinions sur ce que le président de la commission royale d'enquête, Donald Macdonald, disait, mais que pensez-vous du principe général qui consiste à créer des programmes distincts de soutien du revenu, non reliés à l'assurance-emploi, pour les travailleurs saisonniers et les pêcheurs, par exemple.

**Mme Riche:** Cela a déjà été le cas. Il y a déjà eu un programme de prestations de pêcheurs.

Nous sommes prêts à examiner n'importe quelle proposition si nous estimons que nos interlocuteurs nous écoutent vraiment. Nous sommes prêts à envisager des études, à moderniser le programme et à procéder à divers changements.

Actuellement, le principe qu'applique le gouvernement est qu'il n'y a plus de travailleurs saisonniers, mais du travail saisonnier. Si j'ai bonne mémoire, nous avons dit au gouvernement que ce ne serait pas un problème s'il n'y avait pas de saisons au Canada.

Toutes ces questions devraient faire l'objet de discussions; le tout est de savoir avec qui et qui sera écouté. On hésite à dire que c'est effectivement une bonne idée, parce que la semaine prochaine, ce projet de loi sera adopté sans qu'on en ait discuté à fond.

Je suis convaincue que les associations d'employeurs et les associations de travailleurs peuvent s'entendre. On finit toujours par trouver un moyen terme. Je crois qu'il faut examiner toutes les options.

**M. Ferrabee:** Je ne perds pas de vue ce que l'on fait. Il faudrait effectivement élaborer un processus. Nous sommes dans un pays démocratique. On espère donc que les deux camps aient l'occasion de donner leur avis. C'est le problème en ce qui



inexplicable reason the Minister of Finance has decided that he does not need to consult anyone on this.

**Senator Murray:** I know you do not have a suspicious mind but what do you think the government is up to with this two-year suspension and handing over the responsibility to set the premiums to the Governor in Council? What is the result apt to be?

**Ms Riche:** I think the government wants to move the EI fund into general revenues. The balloon was floated about two years ago. It currently sits as a loan. I think it wants to move the fund into general revenues and treat it totally as a tax and do what it wants with the money. I do not think there is any big secret. The power rests totally with the Minister of Finance and supposedly, with Parliament. Of course, you were not in Quebec so you do not know much about Canadian democracy.

**The Chairman:** Mr. Ferrabee, were you here when the minister testified?

**Mr. Ferrabee:** The minister was leaving when we came into the building.

**The Chairman:** In, approximately, September the government intends to consult on a paper that it will put out to deal with the way in which rates ought to be set in the future. We specifically asked that document be made available to us and we asked the acting Auditor General whether she would testify about it. We are fully in agreement with the points that the CLC has made with respect to consultation. My sense, from what the minister and her officials said, is that the intention is to start that process in the fall. You may want to look at the transcripts of this meeting because she dealt with that in some detail.

**Ms Reynolds:** Our concern is that when the legislation was first tabled the government announced what its intentions were and that was to follow the recommendations of the finance committee to set rates on a moving forward basis. From our presentation you know that we feel there is a moral obligation for that \$39 billion, by the end of this year, to be retained exclusively for the premium payers.

**Mr. Ferrabee:** Why would one get rid of a consultation process in order to later decide on a new consultation process?

**The Chairman:** I do not know. I was simply advising you of some information that we received before you came into the room.

**Senator Graham:** I must say that I was not happy with the legislation of 1996. Ms Riche made reference to a campaign against recipients of employment insurance across the country. She also made reference to the demise of many Liberals members in 1997, which may have been directly attributable to the changes in the legislation of 1996.

concerne l'article 9. Pour une raison inexplicable, le ministre des Finances a décidé qu'il n'avait nul besoin de consulter qui que ce soit.

**Le sénateur Murray:** Je sais que vous n'êtes pas méfiante de nature mais où pensez-vous que le gouvernement veut en venir avec cette suspension de deux ans et la délégation de la responsabilité d'établir les cotisations au gouverneur en conseil? Quel genre de résultat cela risque de donner?

**Mme Riche:** Je crois que le gouvernement veut faire passer la caisse de l'AE dans le Compte des recettes générales. Le mouvement a été amorcé il y a deux ans. Le contenu de la caisse est actuellement considéré comme un prêt. Je pense que le gouvernement veut transférer ce compte au Compte des recettes générales et le traiter entièrement comme des recettes fiscales pour en faire ce qu'il veut. C'est le ministre des Finances qui a les pleins pouvoirs en la matière et, théoriquement, le Parlement. Bien entendu, vous ne viviez pas au Québec et vous ne savez pas très bien ce qu'est la démocratie «à la canadienne».

**Le président:** Monsieur Ferrabee, étiez-vous là quand la ministre a témoigné?

**M. Ferrabee:** La ministre sortait au moment où j'entrais dans l'édifice.

**Le président:** Vers le mois de septembre, le gouvernement prévoit entamer des consultations sur un document qu'il compte publier au sujet du mode d'établissement des taux de cotisation. Nous avons demandé que ce document soit mis à notre disposition et nous avons demandé à la vérificatrice générale par intérim si elle accepterait de témoigner. Nous sommes entièrement d'accord avec le CTC en ce qui concerne la consultation. D'après ce que la ministre et ses fonctionnaires ont dit, j'ai l'impression que le gouvernement a l'intention d'entamer ce processus à l'automne. Vous pourrez vérifier dans le compte rendu des délibérations de cette séance, parce qu'elle en a parlé de façon assez précise.

**Mme Reynolds:** Ce qui nous préoccupe c'est que, lorsque le projet de loi a été déposé, le gouvernement a annoncé son intention de suivre les recommandations du Comité permanent des finances et d'établir les taux de cotisation en prévision des dépenses à venir. Après avoir entendu notre exposé, vous savez que nous estimons que le gouvernement a l'obligation morale de conserver cet excédent de 39 milliards de dollars exclusivement pour les cotisants.

**M. Ferrabee:** Pourquoi se débarrasser d'un processus de consultation pour entamer ensuite un nouveau processus de consultation?

**Le président:** Je ne le sais pas. Je vous transmets des informations que nous avons reçues avant votre arrivée.

**Le sénateur Graham:** Je dois dire que je n'aimais pas la loi de 1996. Mme Riche a affirmé que l'on menait à travers le pays une campagne contre les prestataires de l'AE. Elle a également laissé entendre que la défaite spectaculaire de nombreux candidats libéraux en 1997 est peut-être due aux modifications législatives apportées en 1996.



Employment Insurance, or Unemployment Insurance as it used to be called, had a rather profound effect on my political life. I was a candidate in 1958. The main plank of my platform in that great and historic constituency, that today is Pictou-Antigonish-Guysborough, was to do away with unemployment in the riding. I lost by 191 votes in the Diefenbaker sweep and the opposition railed against me. In those days we had a rally every night in the parish hall or the local schoolhouse. The opposition railed against me because I was going to do away with the unemployment — meaning Unemployment Insurance.

**Senator Murray:** You should have been more clear.

**Senator Graham:** Quite obviously, my platform lacked clarity.

I now come to the election of 1997, to which reference was made by Ms Riche. All the Liberal members in Nova Scotia were wiped out in that election and it is because they were wiped out that I got into cabinet.

**Ms Reynolds:** Are you saying that every cloud has a silver lining?

**Senator Graham:** As I emerged with the silver lining, Senator Fairbairn graciously exited, taking her cloud in tow.

Having said that, what the government does and does not do has great influence on the lives of millions of Canadians and we have a great responsibility in that respect. I am happy with the changes that have been made and I pushed rather forcefully for them.

Ms Riche, I would like your opinion on a question that I put to the acting Auditor General. Does the reserve in the EI account represent a legal liability, on the part of the federal government, to EI contributors?

**Ms Riche:** I think that is legislated. It has a legal liability to the premium payers.

**Ms Reynolds:** That is my understanding.

**Ms Riche:** Where else would the moneys go? This is such a simple program. You pay the money in, you get the money back. It has always been understood that the administration of the fund comes out of the fund, by law. It is for nothing other than what is decided by legislation. In 1996 it was decided that far less was covered by the fund and therefore the government earned a surplus.

**Senator Graham:** I thank you for your opinions, which are directly opposite to those of the acting Auditor General. In her response she said she did not think it was a legal liability, if I recall correctly what she said.

**Ms Reynolds:** The Auditor General said that it would therefore be illegal to use the premiums or make payments from the account for purposes other than those described in the act. That is a direct quote from the Auditor General.

I think I can help to clarify this. The words you quoted were from Mr. Desautels. In response to Senator Graham, Ms Fraser,

L'assurance-emploi, ou l'assurance-chômage comme l'on l'appelait autrefois, a eu une forte influence sur ma carrière politique. J'étais candidat en 1958. Le thème principal de ma plate-forme électorale dans la belle circonscription historique qui porte actuellement le nom Pictou-Antigonish-Guysborough était la suppression du chômage. J'ai été battu par 191 voix dans le cadre du raz-de-marée électoral qui a porté M. Diefenbaker au pouvoir. Je me suis fait injurier par l'opposition. Aux assemblées que nous avions tous les soirs dans la salle paroissiale ou à l'école locale, l'opposition m'injurait parce que je voulais qu'on mette un terme au chômage.

**Le sénateur Murray:** Vous auriez dû être plus clair.

**Le sénateur Graham:** De toute évidence, ma plate-forme électorale manquait de clarté.

Par contre, aux élections de 1997, auxquelles Mme Riche a fait allusion, presque tous les candidats libéraux de la Nouvelle-Écosse ont été battus à plate couture et c'est ainsi que je me suis retrouvé au Cabinet.

**Mme Reynolds:** Voulez-vous dire que tout malheur a de bons côtés?

**Le sénateur Graham:** Alors que mon étoile montait, le sénateur Fairbairn a fait une sortie élégante.

Quoi qu'il en soit, les initiatives que prend le gouvernement et celles qu'il ne prend pas ont une forte influence sur la vie de millions de Canadiens et nous avons de grosses responsabilités à cet égard. Je suis content des changements qui ont été apportés et j'ai lutté ardemment en faveur de ces changements.

Madame Riche, je voudrais connaître votre opinion sur une question que j'ai posée à la vérificatrice générale par intérim. La réserve que contient le compte de l'AE représente-t-elle une responsabilité légale, envers les cotisants, pour le gouvernement fédéral?

**Mme Riche:** Je pense que c'est prévu dans la loi. Le gouvernement a une responsabilité légale envers les cotisants.

**Mme Reynolds:** C'est ce que je pense également.

**Mme Riche:** À quoi d'autre serviraient les fonds? C'est un régime tout simple. On verse des cotisations et on récupère des prestations. Il a toujours été entendu, en vertu de la loi, que l'administration de la caisse est une administration distincte. Les seuls objectifs étaient ceux qui avaient été énoncés dans la loi. En 1996, on a décidé que la caisse couvrirait beaucoup moins de cas et c'est ainsi que le gouvernement a réalisé un excédent.

**Le sénateur Graham:** Je vous remercie pour vos opinions qui sont diamétralement opposées à celles de la vérificatrice générale par intérim. Elle a dit qu'elle ne pensait pas que cela représentait une responsabilité légale, si j'ai bonne mémoire.

**Mme Reynolds:** La vérificatrice générale a dit qu'il ne serait donc pas légal d'utiliser les cotisations ou de se servir du compte pour faire des versements à d'autres fins que celles décrites dans la loi. Ce sont ses propos.

Je crois que je peux donner une explication. Les propos que vous avez cités sont ceux de M. Desautels. En répondant à une

who is the Interim Auditor General now that Mr. Desautels has retired, took a different position from what you just quoted.

**Ms Riche:** It would make sense to get a legal opinion on this. I do not want to say that the Interim Auditor General is wrong.

**The Chairman:** We should not get bogged down in this argument, which is very similar to the discussion that Ms Riche and I have had over the years about the so-called contributed surplus issue in pension plans and who owns the surplus.

**Ms Riche:** It is more complicated, however. When legislation actually provides for a surplus, the intent is to have a surplus to help pay off the deficit. We may never prove that, except through the letter that the minister wrote. We are talking about pretty immoral stuff here.

**Ms Reynolds:** Earlier we had a \$5 billion or \$6 billion surplus and then an \$8 billion or \$9 billion surplus. We were told that it was being accumulated as a rainy day fund to protect employers and employees against premium increases in case of an economic downturn. Then we reached \$15 billion, which the Chief Actuary said was the maximum amount to prudently keep as a surplus. At that time, the story suddenly changed and it was no more a rainy day fund. Then it was needed to pay off the deficit and for other activities. We feel we were somewhat misled in terms of the motivation for accumulating a surplus of the size it is today.

**Senator LeBreton:** The chief actuary suggested that a figure of between \$11 billion and \$15 billion would be sufficient to cover the unemployed in a recession.

**Mr. Ferrabee:** That would include any circumstance.

**Senator Graham:** Let me address that, then. If the Chief Actuary said that the amount would be, in his judgment, \$10 billion to \$15 billion, do your economists have an amount in mind that would provide an adequate comfort zone for the government of the day?

**Ms Reynolds:** We think a \$5 billion to \$6 billion surplus would be sufficient. I direct you to figure 1 in the documentation. If you look at revenues and expenditures in the accumulative account in the balance, at page 4, you will see that the surplus never even reached \$6 billion. The surplus almost got to \$6 billion in the early 1990s, partly because the government withdrew 20 per cent of the funding for the program suddenly. Based on current circumstances, a figure of \$5 billion to \$6 billion would appear to be sufficient.

**Mr. Hayes:** The actuary spoke about a figure equal to roughly two years of regular benefit payout, which would be in the range of \$7 billion a year at present, as a prudent amount. The sticky point in all of this is that in the legislation, "business cycle" was conveniently never defined. The sky is the limit, obviously.

question du sénateur Graham, Mme Fraser, qui est vérificatrice générale intérimaire, du fait que M. Desautels a pris sa retraite, a donné une opinion différente.

**Mme Riche:** Il serait utile d'avoir l'opinion d'un juriste à ce sujet. Ce n'est pas que je veuille dire que la vérificatrice générale par intérim ait tort.

**Le président:** Il ne faudrait pas s'enliser dans ce genre de discussion, qui est très semblable à celle que Mme Riche et moi avons depuis des années au sujet du surplus d'apport dans les régimes de retraite, et quant à savoir à qui appartient ce surplus.

**Mme Riche:** C'est toutefois plus compliqué. Lorsque la loi contient des dispositions concernant un excédent, c'est que le but est d'avoir un excédent pour rembourser le déficit. C'est une chose que l'on n'arrivera peut-être jamais à prouver, sauf par la lettre que le ministre a écrite. C'est une tactique quelque peu immorale.

**Mme Reynolds:** Nous avons d'abord un excédent de 5 ou 6 milliards de dollars, puis de 8 ou 9 milliards de dollars. On nous a dit que cette réserve était accumulée en prévision des mauvais jours, afin de protéger les employeurs et les travailleurs ou travailleuses contre des hausses de cotisation en cas de ralentissement économique. L'excédent a ensuite atteint 15 milliards de dollars, somme qui, d'après l'actuaire en chef, est le maximum à accumuler par mesure de précaution. C'est alors que les prétextes ont changé tout d'un coup: il ne s'agissait plus d'un fonds de réserve. On a argué qu'il était nécessaire pour rembourser le déficit et pour financer d'autres activités. Nous estimons avoir été induits en erreur quant aux motifs de l'accumulation d'un tel excédent.

**Le sénateur LeBreton:** L'actuaire en chef a dit qu'une réserve de 11 à 15 milliards de dollars serait suffisante pour protéger les chômeurs en cas de récession.

**M. Ferrabee:** Et cela couvrirait toutes les éventualités.

**Le sénateur Graham:** Permettez-moi d'intervenir. Si l'actuaire en chef a dit qu'une réserve de 10 à 15 milliards de dollars serait, à son avis, suffisante, vos économistes ont-ils en tête un chiffre qui permettrait au gouvernement d'avoir une marge de sécurité suffisante?

**Mme Reynolds:** Nous estimons qu'un excédent de 5 à 6 milliards de dollars suffirait. D'après la figure 1, qui se trouve à la page 4 de notre mémoire, qui indique les recettes, les dépenses et le solde cumulatif du compte de l'assurance-emploi, l'excédent n'avait encore jamais atteint 6 milliards de dollars, même s'il a presque atteint ce niveau au début des années 90, parce que le gouvernement avait décidé sans crier gare de retirer sa contribution de 20 p. 100. Dans les circonstances actuelles, un chiffre de 5 à 6 milliards de dollars semble suffisant.

**M. Hayes:** L'actuaire parlé d'un chiffre à peu près équivalent au paiement de deux années de prestations ordinaires, soit environ 7 milliards de dollars par an actuellement. Il a dit que ce serait une marge de sécurité suffisante. Le problème dans ce cas, c'est la loi. Le concept de «cycle économique» n'a jamais été défini parce que cela arrange bien le gouvernement. Il n'y a pas de limite, de toute évidence.



If we are talking about a payout of regular benefits in that range, the kind of program that we want and that did exist would have more than a \$7 billion a year payout. It is roughly a \$7 billion surplus because the percentage of unemployed receiving EI has been cut from 74 per cent to 27 per cent.

In other words, the cut in unemployment benefits, on coverage alone, is around \$7 billion. That does not include the other things that have been done — the maximum insurable level being reduced and the maximum benefits period being frozen and so forth.

**Senator Murray:** That was one of the factors in the turnaround. I talked about this with the minister. I did not have the numbers at the time, but it is quite remarkable, the account was in a deficit position of \$5.8 billion in fiscal 1993 and by fiscal 1995 there was a surplus of \$666 million. That reflects improvement in the economy, an increase in premiums and perhaps, mostly the 1994 changes.

**Mr. Ferrabee:** They were not in effect in fiscal 1994. Did they not go into effect in 1996?

**Senator Murray:** A figure of \$2 billion was taken from benefits in the 1994 budget.

**Mr. Ferrabee:** That is right. The vast majority of that was as a result of premium increases, was it not?

**Senator Murray:** Perhaps so.

**Ms Reynolds:** One of the current concerns that we would like to register is that the counter-cyclical approach to premium setting was supposed to result in the accumulation of a rainy-day fund. If we adopt a moving-forward basis of setting premiums, employers and employees are not protected from premium increases if there is a recession. After having over-contributed for so many years, we risk having increases again if there is a recession.

**Senator Murray:** The minister is not bound by any criteria.

**Ms Riche:** Herein lies the problem. If you agree with us that the surplus is an obscenity, then what is to be done about it? Employers will call for a reduction in the premiums that may mean that down the road we will need to increase the premiums astronomically and you have us saying return the benefits to the workers.

We must be careful because to correct what the government has done on the surplus requires some discussion.

**Mr. Ferrabee:** Would you be opposed to returning the premiums to the workers?

**Ms Riche:** What do you mean? I want to return the premiums to the workers in the form of benefits. We try not to sign collective agreements that only give bonuses. We want an increase

Dans le genre de régime que nous préconisons, et qui existait d'ailleurs autrefois, le montant annuel des prestations versées se chiffrait à 7 milliards de dollars. Il faudrait donc un excédent d'environ 7 milliards de dollars, du fait que le pourcentage des sans-emploi recevant des prestations d'AE a baissé de 74 à 27 p. 100.

Autrement dit, la réduction des prestations de chômage, rien qu'en couverture, représente environ 7 milliards de dollars. Cela ne tient pas compte de divers autres changements comme la réduction du plafond de revenu assurable et le gel de la période maximale de prestations.

**Le sénateur Murray:** C'est un des facteurs responsables du passage d'un déficit à un excédent. J'en ai parlé avec la ministre. À ce moment-là, je ne connaissais pas encore les chiffres. Quoi qu'il en soit, le compte était déficitaire de 5,8 milliards de dollars au cours de l'exercice 1993 et, en 1995, il y avait un excédent de 666 millions de dollars. Ce revirement de situation est dû à l'amélioration de la situation économique, à l'augmentation des cotisations et peut-être surtout aux modifications apportées en 1994.

**M. Ferrabee:** Ces modifications n'étaient pas en vigueur au cours de l'exercice 1994. Ne sont-elles pas entrées en vigueur en 1996?

**Le sénateur Murray:** Le budget de 1994 a fait baisser le coût total des prestations de 2 milliards de dollars.

**M. Ferrabee:** C'est exact. Ce changement n'était-il pas dû en majeure partie à la hausse des cotisations?

**Le sénateur Murray:** Peut-être.

**Mme Reynolds:** Une de nos préoccupations actuelles est que l'approche anticyclique en matière d'établissement des taux de cotisation devait permettre d'accumuler une réserve pour les mauvais jours. Si l'on adopte une méthode d'établissement des taux de cotisation fondée sur les dépenses à venir, les employeurs et les employés ne seront pas protégés contre les hausses de cotisations en cas de récession. Après avoir versé des cotisations trop élevées pendant des années, on risque de voir celles-ci augmenter à nouveau en cas de récession.

**Le sénateur Murray:** Le ministre n'a aucun critère à respecter.

**Mme Riche:** C'est là que réside le problème. Si vous pensez comme nous que l'excédent est une infamie, qu'est-ce qu'il faut faire? Les employeurs exigeront une réduction des cotisations qui pourrait nous obliger, d'ici quelques années, à relever considérablement les taux de cotisation. Quant à nous, nous préconisons de rembourser les cotisations aux travailleurs et travailleuses.

Il faut faire attention parce que, si l'on veut rectifier l'erreur que le gouvernement a commise à propos de l'excédent, il faudrait d'abord en discuter.

**M. Ferrabee:** N'accepteriez-vous pas qu'on rembourse les cotisations aux travailleurs et travailleuses?

**Mme Riche:** Que voulez-vous dire? Je voudrais que les cotisations soient remboursées aux travailleurs et travailleuses sous forme de prestations. Quand on signe une entente collective,



that is cumulative and goes on year after year. We need to change the system and there is money now to be able to do that.

**Senator Murray:** I think you agree that the premiums could be reduced.

**Ms Riche:** Possibly.

**Senator Murray:** No more than that?

**Ms Riche:** That could lead us down a terrible road. If we start reducing premiums based on the fact that we have a large surplus, that large surplus will not be there. If any changes are implemented, a decrease, with the repeal of the intensity in the clawback rule, could result.

**Mr. Ferrabee:** The premiums produce six or seven times what we need.

**Ms Riche:** There are some provinces in this country where less than 30 per cent are eligible.

**Senator Graham:** On one hand, the Canadian Restaurant and Foodservices Association believes that a \$5 billion to \$6 billion reserve would be sufficient. I am not clear what the CLC believes would be a sufficient amount.

**Ms Riche:** One must look at the programs. Now we are paying out \$7 billion a year and nothing changes. If you think we should double that figure, it would be \$14 billion.

However, we do not believe the present program is good enough. Obviously, the sufficient rainy-day amount we would base on the kind of program we would like to have. What we would pay out yearly would be determined by a modernized program.

**Mr. Hayes:** The regular benefits would probably be in the range of \$10 billion or \$11 billion as opposed to \$7 billion.

**Senator Graham:** Are you speaking in terms of the present program?

**Ms Riche:** I am speaking in terms of a modernized program. It is not a simple answer for us because we disagree so profoundly with the current state.

**Senator Graham:** Under the program as it is today, do you have a figure?

**Mr. Hayes:** We would agree with the actuarial figure of \$15 billion.

**Senator Cordy:** My question is for Ms Riche.

I found your presentation interesting when you spoke about modernizing employment insurance, particularly in relation to balancing work and family responsibilities. I have had that discussion on a number of occasions with friends in Nova Scotia and with co-workers in Ottawa.

le but n'est pas uniquement de toucher des primes mais aussi d'obtenir des hausses salariales cumulatives, qui progressent d'année en année. Il faut modifier le système et on en a maintenant les moyens.

**Le sénateur Murray:** Vous admettez tout de même que l'on ne pourrait pas réduire les cotisations.

**Mme Riche:** C'est possible.

**Le sénateur Murray:** Est-ce seulement possible?

**Mme Riche:** Cela risque de nous entraîner sur une très mauvaise pente. Si l'on se met à réduire les primes sous prétexte que l'on dispose d'un excédent important, il n'y aura plus d'excédent. Si l'on met des changements en application, la suppression de l'intensité dans la règle de la récupération pourrait entraîner une réduction.

**M. Ferrabee:** Les cotisations rapportent six ou sept fois plus que la somme dont on a besoin.

**Mme Riche:** Dans plusieurs provinces, moins de 30 p. 100 des travailleurs et travailleuses sont admissibles.

**Le sénateur Graham:** L'Association canadienne des restaurateurs et des services alimentaires estime, pour sa part, qu'une réserve de 5 à 6 milliards de dollars serait suffisante. Je ne sais pas très bien ce que le CTC considère comme une réserve suffisante.

**Mme Riche:** Il faut tenir compte des programmes. Pour le moment, le montant annuel des prestations versées se chiffre à 7 milliards de dollars. Si vous estimez qu'il faudrait doubler ce montant, cela ferait 14 milliards de dollars.

Nous ne pensons toutefois pas que le programme actuel soit suffisant. De toute évidence, nous établirions le montant de la réserve en fonction du type de programme que nous voudrions instaurer. Les paiements annuels seraient déterminés dans le cadre d'un régime modernisé.

**M. Hayes:** Les prestations ordinaires atteindraient probablement 10 ou 11 milliards de dollars, au lieu de 7 milliards de dollars.

**Le sénateur Graham:** Dans le contexte du régime actuel?

**Mme Riche:** Non, dans le cadre d'un régime modernisé. Nous avons de la difficulté à répondre, parce que nous sommes extrêmement insatisfaits de la situation actuelle.

**Le sénateur Graham:** Pourriez-vous citer un chiffre en vous basant sur le régime actuel?

**M. Hayes:** Nous aurions tendance à être d'accord avec l'actuaire qui a cité un chiffre de 15 milliards de dollars.

**Le sénateur Cordy:** Ma question s'adresse à Mme Riche.

J'ai trouvé intéressant le passage de votre exposé où il est question de moderniser le régime d'assurance-emploi, surtout quand vous avez parlé d'essayer de concilier les obligations professionnelles et les responsabilités familiales. J'ai eu des discussions à ce sujet à plusieurs reprises avec des amis Néo-Écossais et avec des collègues, à Ottawa.

When we consider young people entering the workforce, it seems, that to make a mark or to get ahead in whatever business or with whatever employer they happen to be, they must put in tremendously long hours. In the early 1980s, a very popular university degree was the degree in recreation. The theory at the time was that people were going to have so much free time that we needed many graduates with recreation degrees to find things to do. I would love to have the use of a recreation director but none of us have time for that. Neither do young people entering the workforce. What changes could be made to create this balance, or would that be a whole other document to present?

**Ms Riche:** That would be a whole other document.

I would start from a different place. A national child care program would not hurt in this country. Under EI, having said many bad things about the government, I do commend it on the 52 weeks of parental leave. That was a wonderful idea. They could afford to take the time off if they had decent benefits, but the time and the principle is excellent. One of the things we would do is improve the benefits.

Many collective agreements now are allowing time off for family emergencies. For years we had unpaid leave, 10 days of unpaid leave. We may look at five days of unpaid leave for family emergencies, increasing the benefits and allowing for training and upgrading for the working family. One of the partners could go off on training and make use of the Unemployment Insurance Fund for six weeks or six months.

**Mr. Hayes:** We have in our brief a recommendation, which is partly dealt with in the bill, to get rid of the re-entrant rule. It is one of the most difficult qualifying requirements. It hurts women particularly. I think HRDC's own analysis shows the number of people returning to work after they have been out for an extended period. What the government is trying to redress in the bill will help only 100,000 people who happen to qualify for maternity and parental benefits. Actually, I should say that 100,000 will be left out who should be exempted as well. In other words, EI should not be based on the fact that there has been a previous claim of maternity and parental benefits. It should be based on the fact that the individual pays premiums and has children to look after. The *Lesiuk* case represents a good, strong analysis of the problems of the modern workforce. It typifies all the dilemmas that modern families face.

Les jeunes qui débudent sur le marché du travail, qui veulent se faire un nom ou progresser dans quelque secteur que ce soit ou avec quelque employeur que ce soit, doivent faire de très longues heures de travail. Au début des années 80, un diplôme universitaire très prisé était un diplôme en loisirs. À cette époque, on pensait que les gens auraient tellement de loisirs qu'il faudrait de nombreux diplômés dans cette spécialité pour planifier des activités. J'aimerais beaucoup que l'on ait besoin d'engager un directeur ou une directrice des loisirs mais nous n'avons plus de loisirs. Les jeunes qui débudent sur le marché du travail n'en ont pas non plus. Quels changements pourrait-on apporter pour réaliser un certain équilibre dans ce domaine? Faudrait-il que cela fasse l'objet d'un document tout à fait distinct?

**Mme Riche:** Cela devrait faire l'objet d'un document tout à fait distinct.

Pour changer de sujet, je dirais qu'un programme national de garderies ne ferait pas de tort. Après avoir accablé le gouvernement de critiques au sujet de l'assurance-emploi, je tiens toutefois à le féliciter en ce qui concerne le congé parental de 52 semaines. C'est une excellente initiative. Les parents pourraient prendre ce congé, pourvu qu'ils touchent des prestations raisonnables, mais le principe même du congé est excellent. C'est du côté des prestations que nous apporterions des améliorations.

La plupart des ententes collectives actuelles prévoient des congés pour les urgences familiales. Pendant des années, ces congés n'étaient pas payés; les employés avaient droit à 10 jours de congés non payés. On pourrait envisager un congé non payé de cinq jours pour les urgences familiales, augmenter le montant des prestations et permettre aux parents actifs de suivre des cours de formation et de perfectionnement. Un des deux parents pourrait aller suivre des cours de formation et toucher des prestations d'assurance-emploi pendant une période de six semaines à six mois.

**M. Hayes:** Votre mémoire contient une recommandation à laquelle le projet de loi répond en partie, à savoir se débarrasser de la règle concernant les rentrants. C'est un des critères d'admissibilité les plus difficiles à remplir. Cette règle est particulièrement défavorable pour les femmes. Je crois que les études effectuées par DRHC indiquent le nombre de personnes qui réintègrent le marché du travail après en être sorties pour une période prolongée. L'injustice à laquelle le gouvernement essaie de mettre fin dans le cadre de ce projet de loi n'aidera que 100 000 personnes qui ont droit à des prestations de maternité et à des prestations parentales. En fait, je dirais que 100 000 personnes qui auraient dû être exemptées également seraient laissées pour compte. Autrement dit, l'AE ne devrait pas tenir compte du fait qu'une personne ait déjà demandé des prestations de maternité ou des prestations parentales. Elle devrait être basée sur le fait que les travailleurs paient des cotisations et ont des enfants dont ils doivent prendre soin. L'affaire *Lesiuk* est une excellente analyse des problèmes qui se posent actuellement. Elle révèle tous les dilemmes auxquels sont confrontées les familles contemporaines.



**Mr. Ferrabee:** In seeking the opinions of large labour organizations, large businesses and large governments, I would ask that you also take into account the real impact many of those policies have on smaller businesses and smaller operations of two or three people, as opposed to 3,000 people.

**The Chairman:** I thank the witnesses for coming. Your testimony has been entertaining and very instructive.

In light of the discussion that was held about the rate-setting process document that will be tabled, would it be useful for me to write a letter to the Minister of Finance, with a copy to the Minister of HRDC, making it clear that once that document is made public in the fall we intend to insert ourselves into the consultation process by being one of the groups with whom they consult? That would seem an obvious thing for us to do rather than wait for the government to get all the way through a consultation exercise, make a report and then we have to deal with a finished government position. The way to do that is for me to write the Minister of Finance on behalf of the committee, with a copy to the Minister of Human Resources Development.

**Hon. Senators:** Agreed.

**The Chairman:** I will do that, then.

The second question deals with the bill itself. I have circulated a one-page draft of observations, on which I would like your comments.

**Senator Murray:** I read through the draft quickly. My first comment is that I have not had enough opportunity to caucus with my Tory colleagues.

**The Chairman:** No one on my side has seen it either.

**Senator Murray:** I have not had an opportunity to consult. Anything I say may be overruled by the majority.

Second, if it is decided to go ahead and report the bill without amendment, I say for the record that this in no way precludes our right to present amendments at third reading.

**The Chairman:** I understand that.

**Senator Murray:** Third, as to the substance of the report, some senators may have other ideas. I would like to make a couple of changes to the final paragraph. I suggest to you that my logic is inescapable here. "Many members of the committee believe..." Many members of the committee? Why can we not say "The committee believes..."?

**The Chairman:** Fine.

**Senator Murray:** "The committee believes that the size of the reserve" — and there I would put a dash — "and, it follows, the level of premiums — are excessive in terms of what is required to satisfy the intent of the act." We cannot say that the surplus is too high unless we agree with the level of premiums.

**The Chairman:** The logic of that is inescapable.

**Senator Murray:** I would also extract the quotation from the Interim Auditor General to reinforce that paragraph. She made the same point made by Mr. Desautels that she would find it difficult

**M. Ferrabee:** Je voudrais que, lorsque vous consulterez les grands syndicats, la grande entreprise et les grosses administrations publiques, vous teniez également compte des répercussions que la plupart de ces politiques ont pour les petites entreprises qui comptent deux ou trois employés plutôt que 3 000.

**Le président:** Je remercie les témoins. Nous avons trouvé votre témoignage très intéressant et très instructif.

Suite à ces discussions sur le document relatif au processus d'établissement des taux de cotisation qui sera déposé, serait-il utile que j'envoie une lettre au ministre des Finances, et une copie à la ministre de DRHC, lui faisant savoir que lorsque le document sera rendu public, cet automne, nous comptons participer au processus de consultation? Il semble que ce soit une bonne solution, plutôt que d'attendre que le gouvernement tienne les consultations, ait préparé un rapport et ait pris une décision. Je pense que je pourrais envoyer une lettre au ministre des Finances au nom du comité, et une copie à la ministre du Développement des ressources humaines.

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** C'est ce que je ferai.

Ma deuxième question concerne le projet de loi proprement dit. J'ai fait distribuer un feuillet contenant des propositions sur lesquelles je voudrais que vous fassiez des commentaires.

**Le sénateur Murray:** J'ai parcouru rapidement ce document. Mon premier commentaire est que je n'ai pas eu suffisamment l'occasion d'en discuter avec mes collègues du Parti conservateur.

**Le président:** Personne ne l'a vu non plus du côté des libéraux.

**Le sénateur Murray:** Je n'ai pas eu l'occasion de consulter mes collègues. Tout ce que je pourrais dire pourrait être contredit par la majorité.

Par ailleurs, si l'on décide d'aller de l'avant et de faire rapport du projet de loi sans propositions d'amendement, je signale que cela ne nous empêcherait nullement de présenter des amendements à l'étape de la troisième lecture.

**Le président:** Je comprends.

**Le sénateur Murray:** Troisièmement, en ce qui concerne la teneur du rapport, quelques sénateurs ont peut-être d'autres idées. Je voudrais apporter deux ou trois changements au dernier paragraphe. Je vais faire preuve d'une logique implacable. Vous dites «de nombreux membres du comité estiment...» Pourquoi de nombreux membres? Pourquoi ne pas dire «le comité estime...»?

**Le président:** Parfait.

**Le sénateur Murray:** «Le comité estime que la taille de la réserve» — et j'ajouterais un tiret — «et, par conséquent, le niveau des cotisations — sont excessifs compte tenu de ce qui est nécessaire pour respecter l'esprit de la loi.» On ne peut pas dire que l'excédent est trop élevé si l'on n'approuve pas le niveau des cotisations.

**Le président:** C'est d'une logique implacable.

**Le sénateur Murray:** J'ajouterais également à ce paragraphe les propos de la vérificatrice générale par intérim. Elle a dit la même chose que M. Desautels, à savoir qu'il lui serait difficile de



to conclude that the intent of the law is being respected — or whatever it was she said.

Those are my only comments.

**Senator LeBreton:** Were we not going to comment on clause 9? I know we will not change the bill but is it possible in our narrative to say something about giving this responsibility to the Minister of Finance?.

**The Chairman:** The witnesses expressed considerable concern in that regard. We can add a paragraph which does that.

Let me suggest a procedure. In a moment we will need a motion to report the bill without amendment. I would like to have the authority to rewrite the comments but to clear them either with Senator Murray or with Senator LeBreton. I will have the report rewritten tonight. If that makes sense, the intent would be to report the bill tomorrow without amendment but with observations that we have agreed upon.

**Senator LeBreton:** I move that we report the bill without amendment but with observations.

**Senator Cordy:** I second the motion.

**The Chairman:** Is it agreed, honourable senators?

**Hon. Senators:** Agreed.

**Senator Murray:** Third reading would be next week.

**The Chairman:** Third reading could not be done tomorrow. Just as I received no indication that the Senate would not rise at 3:30 today, I have had no indication that the government would require leave tomorrow. I am assuming leave would not be granted. It would be foolish to move third reading tomorrow. I presume that third reading would be next week. If amendments are desired, none of this discussion precludes the notion that you might very well do that.

Senators, we do not meet tomorrow morning. We meet twice next week on the health issue.

I would like to ask the clerk if we can, as a matter of process, automatically every Tuesday introduce a motion that allows us to sit at 3:30 on Wednesdays?

**Senator Fairbairn:** We were told that it would happen and then it does not and we got stuck today.

**Senator Murray:** This particular committee, of which I am not normally a member, has a very heavy workload. I sympathize with you. Either you get up in the chamber every Wednesday or Tuesday and ask for permission to sit while the Senate is sitting, or a gentleman's understanding is struck, a house order that, come hell or high water, the Senate will rise at 3:30 p.m. on Wednesdays.

**The Chairman:** I am happy to rise in the Senate every Tuesday and make a motion. The other option, which would be much more simple, would be a house order.

conclure que l'esprit de la loi est respecté — ou quelque chose d'approchant.

Ce sont les seuls commentaires que j'avais à faire.

**Le sénateur LeBreton:** Ne voulions-nous pas faire des commentaires sur l'article 9? Je sais que nous ne modifierons pas le projet de loi, mais est-il possible de faire une observation sur la délégation de cette responsabilité au ministre des Finances?

**Le président:** Les témoins se sont dits très préoccupés à ce sujet. Nous pourrions ajouter un paragraphe.

Nous pourrions faire rapport du projet de loi sans propositions d'amendement. Je voudrais avoir l'autorisation de reformuler les commentaires mais en les clarifiant avec le sénateur Murray ou le sénateur LeBreton. Je ferai reformuler le rapport ce soir. Si vous trouvez cette nouvelle version satisfaisante, je voudrais faire rapport du projet de loi demain sans propositions d'amendement mais en faisant des observations sur lesquelles nous nous sommes entendus.

**Le sénateur LeBreton:** Je propose que nous fassions rapport du projet de loi sans propositions d'amendement, mais avec des observations.

**Le sénateur Cordy:** J'appuie la motion.

**Le président:** Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs?

**Des voix:** D'accord.

**Le sénateur Murray:** L'étape de la troisième lecture devrait avoir lieu la semaine prochaine.

**Le président:** Elle ne pourrait pas commencer demain. Tout comme je n'avais aucune confirmation que le Sénat lèverait la séance à 15 h 30 aujourd'hui, je n'ai pas non plus reçu d'instructions m'indiquant que le gouvernement aurait besoin de notre consentement pour demain. Je suppose qu'il ne serait pas accordé. Il serait impensable de vouloir passer à l'étape de la troisième lecture demain. Je présume qu'elle aura lieu la semaine prochaine. Si l'on souhaite apporter des amendements, rien ne nous en empêchera.

Honorables sénateurs, nous nous réunirons demain matin. Nous nous réunirons deux fois la semaine prochaine pour parler de santé.

Je voudrais que la greffière dise si nous pouvons présenter systématiquement une motion tous les mardis qui nous autorise à siéger à 15 h 30 les mercredis.

**Le sénateur Fairbairn:** C'est ce qu'on nous avait dit, mais ce ne fut pas le cas et c'est ainsi que nous nous sommes trouvés coincés aujourd'hui.

**Le sénateur Murray:** Ce comité, dont je ne suis pas un membre régulier, a un programme très chargé. Je vous comprends. Ou bien on intervient tous les mercredis ou tous les mardis au Sénat pour lui demander la permission de siéger en même temps que lui, ou on conclut une entente à l'amiable ou encore, on passe un ordre précisant que, quoi qu'il arrive, le Sénat ajournera à 15 h 30 tous les mercredis.

**Le président:** Je n'ai aucune objection à me lever au Sénat tous les mardis pour présenter une motion. L'autre option, qui serait beaucoup plus simple, serait de passer un ordre de la Chambre.

The is the second week in a row where we have been embarrassed by having to hang around and wait for the Senate to adjourn before we commence our meeting. We have a bigger workload on Wednesdays, so it is often a bigger problem for us. I am embarrassed by what happened today.

**Senator LeBreton:** We have ministers appearing before the committee and people who have travelled across the country to be with us.

**Senator Graham:** I have an observation to make. Perhaps we should have discussions with the leadership on both sides of the chamber. Somehow we have fallen off the rails with respect to the understanding we had. The 3:30 p.m. adjournment on Wednesdays because it is a committee day must be reviewed at the leadership level. We must arrive at a clear understanding.

**The Chairman:** We have some very important witnesses scheduled on Wednesdays down the road.

The committee adjourned.

C'est la deuxième semaine de suite que nous devons attendre que le Sénat ajourne avant d'entamer notre séance. Nous avons davantage de travail le mercredi et, par conséquent, cela nous pose plus de problèmes. Je suis agacé par ce qui s'est passé aujourd'hui.

**Le sénateur LeBreton:** Parmi les témoins, il y a des ministres, et plusieurs personnes qui doivent faire un long déplacement.

**Le sénateur Graham:** J'ai une observation à faire. Nous pourrions peut-être avoir des discussions avec les leaders des deux partis. Nous avons probablement fait fausse route en ce qui concerne l'entente que nous avons conclue. La question de l'ajournement à 15 h 30 les mercredis, parce que c'est une journée où le comité siège, doit être examinée par les leaders. Une entente claire est nécessaire.

**Le président:** Nous attendons des témoins très importants pour les mercredis à venir.

La séance est levée.

---







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

#### APPEARING—COMPARAÎT

The Honourable Jane Stewart, P.C., M.P., Minister of Human  
Resources Development Canada.

L'honorable Jane Stewart, c.p., députée, ministre du Dévelop-  
pement des ressources humaines du Canada.

#### WITNESSES—TÉMOINS

##### *From Human Resources Development Canada:*

Claire Morris, Deputy Minister;  
Wilma Vreeswijk, Acting Director General, Labour Market  
Policy;  
Gordon W. McFee, Director, Policy and Legislative  
Development;  
Luc Leduc, Counsel, Legal Services.

##### *From the Department of Finance Canada:*

Réal Bouchard, Director, Social Policy Division.

##### *From the Office of the Auditor General of Canada:*

Sheila Fraser, Interim Auditor General of Canada;  
Nancy Chen, Principal Director, Audit Operations Branch;

John Hodgins, Principal Director, Audit Operations Branch.

##### *From the Canadian Labour Congress:*

Kevin Hayes, Senior Economist;  
Nancy Riche, Secretary-Treasurer.

##### *From the Canadian Restaurant and Foodservices Association:*

Joyce Reynolds, Senior Director of Government Affairs;  
Mike Ferrabee, Vice-President, Government Affairs.

##### *De Développement des ressources humaine Canada:*

Claire Morris, sous-ministre;  
Wilma Vreeswijk, directrice générale intérimaire, Politiques  
du marché du travail;  
Gordon W. McFee, directeur, Développement des politiques  
et législation;  
Luc Leduc, avocat, Services juridiques.

##### *Du ministère des Finances du Canada:*

Réal Bouchard, directeur, Division de la politique sociale.

##### *Du Bureau du vérificateur général du Canada:*

Sheila Fraser, vérificatrice générale du Canada par intérim;  
Nancy Cheng, directrice principale, Opérations de vérifica-  
tion;  
John Hodgins, directeur général, Opérations de vérification.

##### *Du Congrès du travail du Canada:*

Kevin Hayes, économiste principal;  
Nancy Riche, secrétaire trésorière.

##### *De l'Association canadienne des restaurateurs:*

Joyce Reynolds, directrice principale, Affaires gouverne-  
mentales;  
Mike Ferrabee, vice-président, Affaires gouvernementales.











